

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PISA



**Dipartimento di ricerca Traslationale e delle nuove tecnologie in Medicina e
Chirurgia**

**Corso di laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni
Sanitarie**

Presidente Prof. Marchetti Stefano

Tesi di laurea

**Il ruolo del dirigente nella promozione della salute
nei luoghi di lavoro**

**Relatore:
Prof. Alfonso Cristaudo**

**Candidata:
Silvia Grassini**

ANNO ACCADEMICO 2013-2014

Indice

1. Introduzione.....	4
2. La promozione della salute.....	7
2.1 La promozione della salute nei luoghi di lavoro.....	12
2.2 Prove di efficacia nella promozione della salute nei luoghi di lavoro	16
3 I principali fattori di rischio per la salute.....	21
3.1 Fumo di tabacco.....	24
3.1.1 Disposizioni legislative sul divieto di fumo.....	27
3.2 Alcol.....	31
3.2.1 Disposizioni legislative sul divieto di assunzione di alcol.....	33
3.3 Obesità e sovrappeso.....	35
4 I programmi di WHP.....	40
4.1 Interventi per ridurre tabagismo.....	49
4.2 Interventi per ridurre consumo alcool.....	52
4.3 Interventi per ridurre obesità e sovrappeso.....	56
4.3.1 Promozione dell'alimentazione corretta	58
4.3.2 Promozione dell'attività fisica.....	62
5 Discussioni e conclusione.....	69
Bibliografia.....	74
Sitografia.....	76

1. Introduzione

La promozione della salute nei luoghi di lavoro è una strategia aziendale che si prefigge il compito di migliorare la sicurezza, la salute e il benessere dei lavoratori agendo sia sugli individui che sull'ambiente e l'organizzazione dell'impresa.

A differenza delle normali azioni di sicurezza e prevenzione, previste per legge e quindi obbligatorie, la promozione della salute vede un ruolo proattivo nel datore di lavoro che decide di sua iniziativa di aiutare il proprio personale a migliorare la salute e il benessere generale. Infatti, non esiste alcun obbligo giuridico che preveda questo tipo di attività.

Oltre all'evidente beneficio sulla salute dei lavoratori, queste azioni portano notevoli vantaggi anche all'azienda stessa favorendo la riduzione dei giorni di assenza per malattia e dell'assenteismo, un minore avvicendamento di personale e un aumento della motivazione dei lavoratori, promuovendo, di conseguenza, una maggiore produttività e un miglioramento dell'immagine dell'impresa. Difatti, il benessere lavorativo è una condizione primaria per facilitare il lavoro e migliorare la produzione. Può essere considerata, perciò, una strategia mirata alla valorizzazione di una delle più importanti risorse aziendali: il capitale umano.

Inoltre, i comportamenti salubri acquisiti nel luogo di lavoro vengono successivamente trasferiti nell'ambiente di vita, determinando ricadute positive anche a livello familiare e sociale.

Il dirigente ha un ruolo fondamentale nella progettazione e nell'implementazione dei progetti di promozione della salute. Nel D.Lgs. 81/2008 (*“Testo unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro”*), all'articolo 2 comma 1 lettera d), il dirigente è definito come colui che *“in ragione delle competenze professionali e di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla*

natura dell'incarico conferitogli, attua le direttive del datore di lavoro organizzando l'attività lavorativa e vigilando su di essa". È quindi la persona che, in azienda, sovrintende alle attività, organizza il lavoro e dispone le risorse, nell'ambito delle competenze e dei poteri riconosciutigli dal datore di lavoro. L'importanza di un coinvolgimento attivo da parte del dirigente nelle iniziative di promozione della salute è quindi evidente. Spetta difatti ad esso integrare l'attività gestionale quotidiana con gli aspetti legati alla salute sul lavoro. Inoltre, il dirigente ha il compito di vigilare sui lavoratori per individuare tempestivamente la presenza di problematiche di salute ed intervenire nel modo più idoneo alla situazione specifica. La grande importanza di questa figura per il buon esito di una iniziativa di promozione della salute deriva anche dal fatto che rappresenta un modello di comportamento per i lavoratori e che, attraverso il suo atteggiamento (es. partecipando attivamente alle iniziative, offrendo sostegno ai sottoposti), può favorirne l'adesione alle iniziative per il miglioramento della salute proposte dall'azienda.

La promozione della salute in ambiente di lavoro è fortemente raccomandata rispetto a diverse problematiche della sfera individuale e collettiva, quali fumo, attività motoria, corretta alimentazione, consumo di alcol, benessere organizzativo e stress lavoro-correlato. Esiste in materia un Network Europeo (European Network for Workplace Health Promotion - ENWHP), istituito nel 1996 dalla Commissione Europea Salute e Tutela dei Consumatori (SANCO) a cui l'Italia partecipa attraverso l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), che promuove e coordina la comunicazione e lo scambio di esperienze ed informazioni sul lavoro e la salute, favorendo le iniziative di promozione a livello aziendale.

Nella tesi, dopo aver definito il concetto di promozione della salute e chiarito le motivazioni che ne giustificano l'applicazione negli ambienti di lavoro,

vengono presentate alcune modalità d'intervento mirate al contrasto dei principali fattori di rischio modificabili alla base dell'insorgenza delle malattie non trasmissibili che provocano la maggior parte del carico collettivo di malattie e disabilità nei paesi economicamente sviluppati (es. diabete, neoplasie): il fumo di sigaretta, l'alimentazione scorretta e l'obesità.

2. La promozione della salute

Il concetto di salute (e quindi anche di malattia) non è statico, ma varia nel tempo e da una nazione all'altra, influenzato da fattori culturali, sociali e scientifici.

Secondo il modello biomedico tradizionale lo stato di salute si dispone in modo diametralmente opposto a quello di malattia: o si è sani o si è malati. La malattia, inoltre, viene considerata il risultato di relazioni lineari di causa-effetto.

Nel 1948 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha fornito una nuova definizione di salute come “*stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità*” (OMS, 1948) [1], riconoscendo l'importanza dei fattori culturali, psichici e dell'ambiente sociale e politico nel determinare lo stato di salute dell'individuo, rivoluzionando completamente la visione precedente.

Questa prospettiva, decisamente più ampia di quella biomedica, prende il nome di bio-psico-sociale (Engel, 1977) [2]. Secondo questo paradigma lo stato di salute di una persona è il frutto dell'interazione di fattori biologici, personali e ambientali.

Si passa perciò da un concetto di salute strettamente legato all'assenza di malattia ad uno collegato, invece, ad uno stato di benessere globale della persona.

Su questa idea affonda le sue origini la Promozione della Salute (PdS).

Nella Carta di Ottawa, atto conclusivo della prima Conferenza Internazionale sulla promozione della salute che si è svolta a Ottawa (Canada) nel 1986, l'OMS definisce la PdS “*il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla*” e continua affermando che “*La PdS mira soprattutto all'eguaglianza nella salute. Il suo*

intervento si prefigge di ridurre le differenziazioni evidenti nell'attuale stratificazione sociale della salute, assicurando a tutti eguali opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute" (OMS, 1986) [3].

La Carta di Ottawa individua tre strategie fondamentali per il raggiungimento di questo scopo: sensibilizzare l'opinione pubblica, fornire alle persone i mezzi necessari a raggiungere il massimo potenziale di salute e mediare tra i diversi interessi esistenti nella società nel perseguire obiettivi di salute, favorendo il coordinamento dell'azione di tutti gli individui coinvolti nelle scelte riguardanti la salute (singoli ed organizzazioni).

Queste strategie sono attuate mediante cinque aree d'azione prioritarie:

1. Costruire una politica pubblica per la tutela della salute, al fine di assicurare che gli interventi sviluppati da tutti i settori della società siano orientati alla promozione della salute;
2. Creare ambienti capaci di offrire sostegno e che assicurino un impatto positivo sulla salute degli individui;
3. Rafforzare l'azione della comunità, affinché essa abbia la capacità di prendere decisioni inerenti il proprio stato di salute;
4. Sviluppare le abilità personali, per mettere gli individui in grado di acquisire conoscenze e capacità in merito alla propria salute e al proprio benessere;
5. Riorientare i servizi sanitari con lo scopo di creare sistemi centrati sui bisogni della popolazione e creare una reale collaborazione tra i servizi e con gli utenti.

La PdS, dunque, è un processo globale finalizzato al rinforzo delle capacità degli individui (sia malati che sani) di adottare comportamenti salutari, esercitando un controllo sulla propria vita e sul proprio contesto ambientale. Ciò viene riassunto nel termine inglese *empowerment* [1].

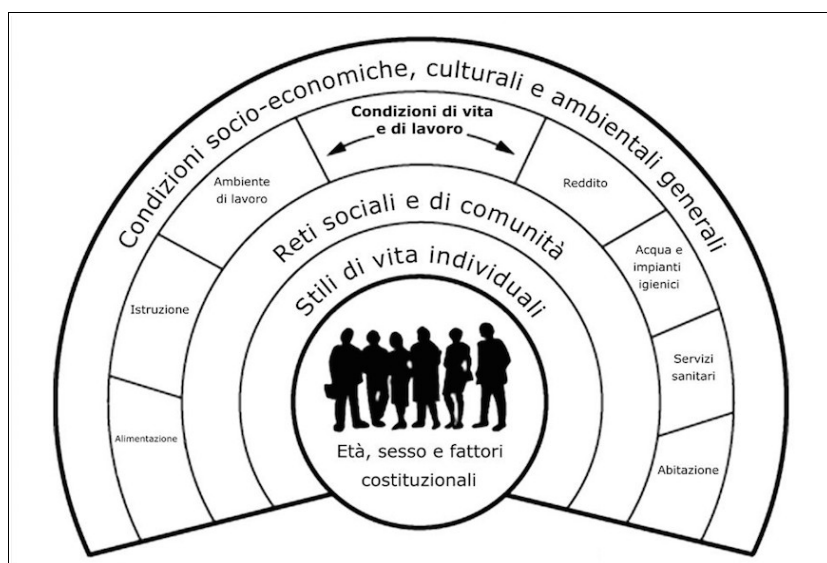
Tutte le persone devono perciò assumere un ruolo attivo nella promozione della propria salute, rinunciando a delegare passivamente la sua tutela al solo sistema sanitario.

A differenza dell'educazione alla salute che mira esclusivamente alla modifica dei comportamenti individuali, la PdS è orientata anche ad azioni finalizzate alla trasformazione del contesto in cui gli individui sono inseriti attraverso interventi strutturali, normativi, economici e sociali. Come sottolinea l'OMS, infatti, *“la PdS impone il coordinamento dell'azione di tutti gli organismi interessati: i governi, i settori sanitari, sociali e economici, le organizzazioni volontarie non ufficiali, le autorità locali, l'industria e i mezzi di comunicazione”* (OMS, 1986) [3].

La PdS è un processo che non ha quasi mai un risultato immediato, ma quando è efficace porta a cambiamenti nei determinanti della salute. Per determinanti della salute si intende *“l'insieme di fattori personali, sociali, economici ed ambientali che determinano lo stato di salute di individui o popolazioni”* [1].

I determinanti della salute possono essere classificati in almeno cinque livelli di stratificazione (figura 1) [4]. Partendo dallo strato più interno possiamo trovare i fattori personali come quelli biologici, l'età e le caratteristiche costituzionali. Nel livello superiore si collocano gli stili di vita individuali che comprendono abitudini come quelle alimentari o il fumo. Segue il livello delle reti sociali e di comunità e poi quello delle condizioni di vita e di lavoro (es. istruzione, abitazione, lavoro, reddito). Infine, nello strato più esterno, si trovano fattori di carattere generale come quelli socio-economici, culturali ed ambientali.

Figura 1: I determinanti della salute



Tutti questi fattori interagiscono andando a determinare lo stato di salute dell'individuo. Per migliorare la salute è perciò necessario agire su tutti questi livelli. Uno dei punti migliori di attacco delle strategie di prevenzione è rappresentato dai comportamenti individuali che determinano i così detti stili di vita¹. I comportamenti individuali modificabili, che incidono maggiormente sul carico collettivo di malattie e disabilità (*burden of disease*), sono: il fumo di tabacco, la non corretta alimentazione e le cattive abitudini alimentari, l'abuso di alcol e l'inattività fisica. Questi fattori sono la causa di una percentuale rilevante dei DALY² perduti nei paesi economicamente sviluppati (OMS, 2009) [5] (Tabella 1).

1 “Lo stile di vita è un modo di vivere basato su modelli di comportamento identificabili, che sono determinati dall’interazione tra le caratteristiche personali dell’individuo, le interazioni sociali e le condizioni di vita socio-economiche e ambientali” [1].

2 *Disability-Adjusted Life Year*: anni di vita in buona salute perduti completamente per morte precoce o parzialmente per disabilità.

Tabella 1: Contributo di alcuni fattori di rischio all'insieme del *Burden of Disease* nell'Unione Europea (OMS, 2009) [5]

Fattore Causale	Contributo al <i>Burden of Disease</i>
Fumo di tabacco	10,70%
Consumo di alcol	6,70%
Sovrappeso ed obesità	6,50%
Ipertensione	6,10%
Iperglicemia	4,90%
Inattività fisica	4,10%
Ipercolesterolemia	3,40%
Droga	2,10%
Rischi occupazionali	1,50%
Basso consumo di frutta e verdura	1,30%

2.1 La promozione della salute nei luoghi di lavoro

La PdS si fa a tutti i livelli e in tutti i settori della società. Ovviamente l'attenzione deve essere concentrata su quelle aree che garantiscono un più ampio coinvolgimento di persone e una maggior probabilità di efficacia delle iniziative. Secondo quanto affermato nella Dichiarazione di Jakarta “*gli ambienti organizzativi offrono concrete opportunità per la realizzazione di strategie globali: questi ambienti comprendono le megalopoli, le isole, le città, i paesi e le comunità locali, i loro mercati, le scuole, gli ambienti di lavoro e le strutture sanitarie*” (OMS, 1997) [6]. Il luogo di lavoro viene perciò riconosciuto come uno degli spazi strategici per l'attuazione di interventi di PdS.

L'importanza dell'ambiente lavorativo nella PdS era già riconosciuto all'interno della Carta di Ottawa la quale citava infatti che “*lavoro e tempo libero devono divenire fonti di benessere per tutti. Il modo stesso in cui la società organizza il lavoro deve contribuire a renderla più sana*” (OMS, 1986) [3].

La promozione della salute nei luoghi di lavoro (*Workplace Health Promotion* - WHP) è una strategia preventiva che tiene conto degli effetti sinergici sulla salute umana dei rischi legati agli stili di vita e di quelli professionali. Può essere definita come lo sforzo congiunto di tutti i soggetti chiave (datori di lavoro, dirigenti, lavoratori e società) per favorire un buono stato salute e di benessere ai lavoratori attraverso il miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro, la promozione della partecipazione dei lavoratori e l'incoraggiamento dello sviluppo personale [7].

L'ambiente di lavoro rappresenta un contesto favorevole per le iniziative di PdS in quanto permette di coinvolgere un largo numero di persone difficilmente raggiungibili per altri canali e di ripeterle nel tempo. Infatti, la

maggior parte della popolazione adulta trascorre gran parte del suo tempo sul posto di lavoro ed, inoltre, in molti contesti lavorativi si possono ritrovare gruppi stabili di individui. Per di più, il luogo di lavoro dispone di propri canali di comunicazione che possono essere comodamente impiegati sia per pubblicizzare i programmi che per promuovere e sostenere la partecipazione dei dipendenti. Questo tipo di ambienti sono poi caratterizzati da una forte coesione tra gli individui che li compongono, facilitando di conseguenza il coinvolgimento di tutti i dipendenti e la trasmissione di comportamenti salubri.

Gli interventi di tutela della salute, per essere efficaci, dovrebbero comprendere azioni sia mirate alla prevenzione dei rischi lavorativi, che alla promozione di stili di vita salutari e persino ad una migliore organizzazione aziendale.

La PdS è di fondamentale importanza nei luoghi di lavoro poiché, spesso, i rischi professionali e quelli extraprofessionali possono sommarsi amplificando gli effetti negativi sulla salute. Si pensi, ad esempio, all'effetto sinergico tra agenti cancerogeni e fumo oppure all'interferenza dell'alcol con la biotrasformazione di molti tossici industriali.

Inoltre, i lavoratori esposti ad elevati rischi professionali (es. operai edili e dell'industria) e con un più basso livello di istruzione sono quelli che, solitamente, hanno abitudini di vita meno salutari e sono più difficilmente coinvolgibili in attività di PdS. Gli interventi di WHP devono perciò riuscire a raggiungere tutti i lavoratori, superando gli ostacoli esistenti per gli specifici sottogruppi della popolazione.

La partecipazione a programmi di WHP, non essendo richiesta per legge, non può essere obbligatoria, ma deve essere su scelta volontaria. Inoltre, gli interventi attuati devono essere basati su evidenze scientifiche di efficacia,

seguire una progettazione accurata e rispettare un rapporto costi-efficacia favorevole.

La WHP spesso considerata dai datori di lavoro solo come un costo, è in realtà un vero e proprio investimento: attraverso le azioni di PdS è possibile valorizzare il prezioso capitale umano presente nelle aziende. Una popolazione lavorativa in buona salute, infatti, accumula un numero inferiore di assenze per malattia ed aumenta la propria produttività, portando un guadagno all'economia dell'azienda (Figura 2). Non solo, è possibile individuare anche dei benefici addizionali conseguenti alla ricaduta positiva all'interno delle famiglie e della comunità dei cambiamenti prodotti negli stili di vita dei dipendenti e alla riduzione dei costi sanitari e sociali.

Figura 2: Gli effetti della WHP sulla performance aziendale (DoRS, 2013) [8]



Nonostante la grande efficacia dimostrata di questi interventi, i programmi di WHP sono ancora poco diffusi nel nostro paese. Questo è dovuto alla presenza di ostacoli culturali, strutturali e tecnici. Prima di tutto la presenza di un'ostilità preconcetta di alcuni datori di lavoro ad entrare in ambiti attinenti la sfera privata dei propri dipendenti. In secondo luogo, la complessità degli interventi stessi, che ne scoraggia spesso l'adozione. Inoltre, in Italia vi è una prevalenza di aziende medio-piccole, spesso non in grado di adottare lo stile di management necessario per il sostegno dell'intervento. A tutti questi fattori si aggiunge il tipo di copertura sanitaria dei lavoratori europei. Quest'ultima è affidata a sistemi di assicurazione sociale a carattere pubblico il cui premio assicurativo, secondo un'ottica di etica solidaristica, è svincolato dalle condizioni sanitarie medie dello specifico gruppo di lavoratori. Per le aziende, perciò, l'incentivo a migliorare le condizioni di salute per diminuire il consumo di risorse sanitarie è più basso rispetto agli USA. Negli Stati Uniti, infatti, le aziende hanno a che fare anche per la morbidità generale (non direttamente lavoro-dipendente) con meccanismi di "bonus-malus" simili a quelli vigenti per il settore dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro.

Infine è importante sottolineare che i programmi di WHP non possono sostituire gli interventi di prevenzione e sicurezza tradizionali stabiliti per legge, ma possono andare ad integrarli aumentandone l'efficacia nella tutela della salute dei lavoratori.

2.2 Prove di efficacia nella promozione della salute nei luoghi di lavoro

Le prove di efficacia e le analisi di costo-efficacia delle azioni di PdS nei luoghi di lavoro sono di fondamentale importanza in quanto permettono di formulare linee guida e raccomandazioni per lo svolgimento di programmi di WHP.

La scarsità degli studi controllati disponibili e la disomogeneità degli interventi sottoposti a valutazione hanno reso inizialmente difficoltosa la verifica dell'efficacia di questi interventi. Infatti, la letteratura a disposizione si riferisce principalmente a contesti molto diversi da quello italiano (es. USA) e ad interventi scarsamente standardizzati, che ne limita la riproducibilità e la possibilità di confronto. Nonostante queste difficoltà nel corso degli ultimi anni, grazie al crescente interesse in questo campo, è stato possibile accumulare numerose prove a sostegno della validità di programmi strutturati di PdS negli ambienti di lavoro nel ridurre la diffusione di fattori di rischio generali, aumentando la salute e il benessere dei lavoratori [9].

Quando ci si occupa di provare l'efficacia degli interventi di WHP è necessario tener conto della diversità dei punti di vista alla base delle misure di efficacia utilizzate. In letteratura è possibile individuare due prospettive principali: quella legata al guadagno economico ricavato dagli interventi e quella legata alla riduzione dei comportamenti a rischio per la salute e al conseguente miglioramento del benessere psico-fisico della popolazione bersaglio.

Il primo filone di ricerche si è sviluppato soprattutto negli Stati Uniti ed è dedicato alla stima del ritorno economico dell'investimento (*Return on Investment* – ROI) ottenuto in seguito ad interventi di WHP volti solitamente a modificare comportamenti individuali a rischio per lo sviluppo di patologie

croniche. Le misure di outcome più utilizzate sono quelle relative al risparmio in termini monetari di prestazioni sanitarie e di assenteismo dal lavoro. I dati utilizzati per calcolare la riduzione delle spese sanitarie sono quelli derivanti dalle polizze assicurative stipulate dalle singole aziende per la copertura sanitaria dei propri dipendenti. Le misurazioni del ROI sono perciò molto semplici da svolgere: è sufficiente confrontare l'investimento affrontato per attuare gli interventi di WHP con i risparmi calcolati su un periodo di breve-medio termine (da pochi mesi a 3-5 anni) sulle prestazioni assicurative. I risultati delle analisi di ritorno dell'investimento sostengono con forza il vantaggio economico ricavato dalle aziende con l'introduzione di questa tipologia di programmi. Secondo una revisione di 72 studi statunitensi realizzata nel 2001, il rendimento dell'investimento in programmi di WHP va da 3:1 a valori anche superiori a 10:1 [10]. Ovviamente, come già accennato in precedenza, questo tipo di studi ha avuto scarso seguito nei paesi dell'Unione Europea per la presenza di sistemi assicurativi sociali a carattere pubblico per i lavoratori.

Del secondo filone fanno invece parte le revisioni sistematiche finalizzate alla valutazione dell'efficacia pratica degli interventi di WHP nel provocare cambiamenti nei comportamenti dei lavoratori a rischio per la loro salute. Porto ad esempio, nella seguente tabella, la sintesi dei risultati (aggiornati al Luglio 2010) emersi dalle rassegne sistematiche della Cochrane³ Library sull'efficacia degli interventi di PdS in ambienti di lavoro, pubblicata sulla monografia della Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale (SIMLII) sull'argomento (Tabella 2) [4].

Mentre le misure di ROI sono abbastanza semplici ed intuitive da rilevare, i risultati della PdS, in termini di miglioramento dello stato di salute dei

3 Cochrane Collaboration: organismo internazionale no-profit nato con lo scopo di raccogliere, valutare criticamente e diffondere le informazioni relative all'efficacia degli interventi sanitari.

lavoratori, sono invece inapparenti se non ricercando prove di efficacia attraverso metodi statistici complessi.

Tabella 2: Sintesi dei risultati (aggiornati al luglio 2010) degli interventi considerati nelle rassegne sistematiche della Cochrane Library sull'efficacia degli interventi di PdS (+ = eff. dimostrata, ± = eff. dubbia; 0 = inefficacia) (Baccolo T. e altri, 2011) [4]

Intervento	Efficaci
Riduzione/cessazione abitudine tabagica	
• Counseling da parte di diversi professionisti	+
• Counseling sul luogo di lavoro	+
• Counseling telefonico proattivo	+
• Interventi normativi di restrizione dell'uso	+
• Intervento mirante a fornire rinforzo, supporto e regole in comunità	± (studi limitati); + nei giovani
• Ruolo dei mezzi di comunicazione di massa	+
• Materiale standard di auto-aiuto	+ (effetto modesto)
• Ruolo di incentivi	± (0 a lungo termine)
• Uso di inalatori o chewing-gum alla nicotina	+ (± a lungo termine)
• Uso di antidepressivi	+ (bupropione e nortriptilina)
• Uso di ansiolitici	0
• Uso di vareniclina	+
• Uso di clonidina	+ (effetti collaterali)
Riduzione/cessazione consumo alcolici	
• Counseling a breve termine	+
• Counseling in gruppo	±
• Intervento sulle modalità di servizio della bevanda alcolica	0
• Aumento dei controlli stradali per la prevenzione degli incidenti	+
• Uso di naltrexone a breve termine	+
Dieta ed esercizio fisico	
• Interventi cognitivo-comportamentali	+
• Esercizio fisico per ridurre il peso	+ (specie se associato a dieta)

Le evidenze tratte dalla letteratura disponibile evidenziano gli interventi con le migliori prove di efficacia, ma non dicono niente sulle modalità ottimali per applicare sul campo tali interventi. Vengono difatti formulate categorie astratte di interventi sostenuti da prove di efficacia senza dire come mettere in pratica tali indicazioni.

Per far fronte a questo problema l'ENWHP ha promosso l'identificazione e la diffusione di modelli di buona pratica per la PdS sul lavoro.

Per buona pratica (*best practice*) in PdS si intendono quei progetti o quegli interventi che *"in armonia con i principi/valori/credenze e le prove di efficacia e ben integrati con il contesto ambientale, sono tali da poter raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione"* (Kahan e Goodstadt, 2001) [11].

Facendo riferimento a questa definizione, perciò, la buona pratica è un intervento che risponde al soddisfacimento di una serie di criteri comunemente condivisi, sintetizzabili in:

1. Fondamento teorico;
2. Etica;
3. Provata efficacia (sia teorica che pratica);
4. Approccio partecipativo e collaborativo;
5. Rispondenza ai bisogni dei destinatari;
6. Disponibilità di risorse;
7. Efficienza e sostenibilità.

In realtà, la traduzione fedele della stringa *"best practice"* sarebbe "migliori pratiche", ma tale terminologia presupporrebbe un valore assoluto (le migliori tra tutte quelle disponibili), difficilmente applicabile alle conoscenze scientifiche che accrescono, si evolvono e si modificano nel tempo, oltre a poter essere falsificate e sostituite da nuovi modelli. È perciò considerato più corretto tradurre il termine *"best"* con "buone" (nel senso di coerenti rispetto a

valori, obiettivi, teorie e prove di efficacia della PdS) per evidenziare la relatività della valutazione di una pratica rispetto al tempo e al contesto in cui avviene, senza alcuna pretesa di valore assoluto.

Analizzando e valorizzando le buone pratiche è possibile estrapolare e sintetizzare quelle indicazioni che gli operatori che si occupano di WHP devono tenere presenti per realizzare azioni di buona qualità. Proprio per questo motivo, le informazioni fornite devono essere generali in modo da poter essere poi adattate alle specifiche esigenze della singola azienda.

3 I principali fattori di rischio per la salute

Secondo quanto affermato dall'OMS, alcune patologie non trasmissibili (*non-communicable diseases* - NCD) quali le malattie cardiovascolari, il cancro, le patologie respiratorie croniche e i problemi di salute mentale sono la causa dell'86% delle morti e del 77% del carico collettivo di malattie e disabilità in Europa [12]. Prevede inoltre che, senza interventi mirati alla risoluzione del problema, questi numeri continueranno a crescere nei prossimi anni in tutto il mondo.

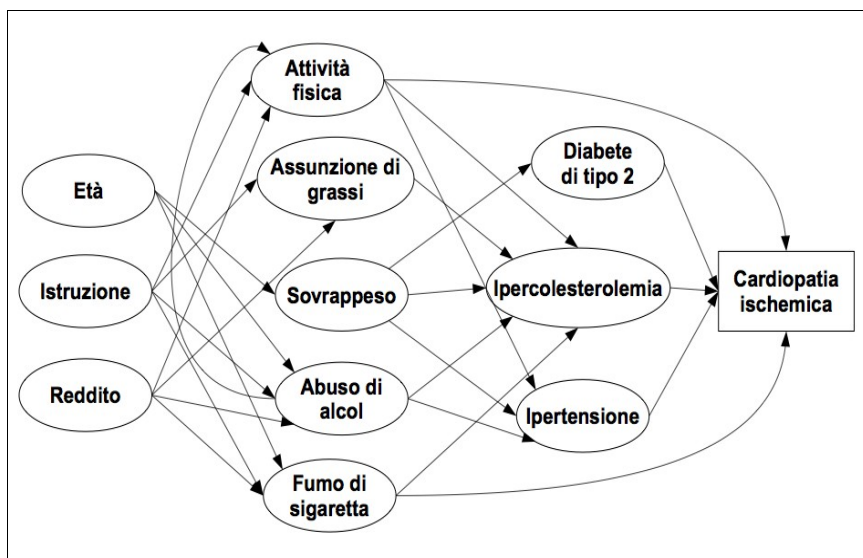
Tutte le malattie sopra citate sono accomunate dall'aver fattori di rischio comuni quali, ad esempio, il fumo di tabacco, il sovrappeso e l'obesità, il basso consumo di frutta e verdura, l'eccessiva assunzione di grassi e lo scarso livello di attività fisica (Tabella 3). Spesso questi fattori di rischio sono espressi attraverso modificazioni intermedie come l'aumento della pressione sanguigna, l'aumento della glicemia e l'alterazione della componente lipidica nel sangue (Figura 3).

Tabella 3: Fattori di rischio correlati alle malattie cronico-degenerative più comuni (World Economic Forum, 2007) [13]

Malattia	Fattore di rischio							
	Pressione alta	Fumo	Alcol	Ipercolesterolemia	Sovrappeso	Dieta	Attività fisica	Stress
Malattie cardiache, infarto	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Cancro		☑	☑		☑	☑		
Diabete	☑			☑	☑	☑	☑	
Problemi respiratori	☑				☑			
Depressione			☑					

Agendo sui questi fattori è perciò possibile determinare una riduzione significativa dell'incidenza delle sopracitate patologie, migliorando lo stato di salute della popolazione.

Figura 3: Catena causale che lega i principali fattori di rischio alla cardiopatia ischemica attraverso fattori intermedi (le frecce indicano alcune, ma non tutte, le vie attraverso le quali queste cause agiscono) (OMS, 2009) [5]



Mentre nel passato le malattie croniche erano tipiche dell'età avanzata, ora molti giovani ne presentano i sintomi e circa la metà delle morti per questa tipologia di patologie colpisce persone al di sotto dei 70 anni [14]. Di conseguenza, nasce la necessità di somministrare gli interventi di PdS già in giovane età. L'ambiente lavorativo diviene perciò un luogo strategico per la proposizione di questi interventi. Difatti, la maggior parte dei dipendenti presenti nelle aziende hanno un'età tale da godere di un grande beneficio dalla somministrazione di interventi finalizzati alla promozione di stili di vita salubri.

Per contrastare questi comportamenti estremamente dannosi per la salute della popolazione e per l'economia delle nazioni, sono state promosse numerose campagne di prevenzione sia a livello europeo che a livello nazionale e regionale. Nel 2006 l'Unione Europea propose “*Gaining health*” una strategia per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche che mirava alla riduzione dei principali fattori di rischio controllabili (fumo, abuso di alcol, sedentarietà e dieta scorretta) attraverso l'adozione di interventi di PdS [15]. Sempre nello stesso anno il Ministero della Salute, collaborando con la Regione Europea dell'OMS, ha a sua volta adottato un programma denominato “*Guadagnare Salute*” con finalità sovrapponibili a quelle programma europeo [16].

3.1 Fumo di tabacco

Il fumo di tabacco rappresenta la prima causa prevenibile di morte prematura nei paesi dell'Unione Europea. Difatti, è uno dei più potenti cancerogeni e provoca la maggior parte dei tumori di polmoni, trachea, bronchi, laringe, faringe e cavità orale. Favorisce, inoltre, l'aterosclerosi ed è il più importante fattore di rischio per l'infarto cardiaco e per le malattie coronariche, cerebrovascolari e dei vasi periferici. Il fumo è anche un importante fattore di rischio per le patologie respiratorie, in particolare è la causa principale della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

In gravidanza il fumo di sigaretta aumenta il rischio di aborti spontanei, di gravidanze ectopiche e di basso peso alla nascita, oltre che aumentare il rischio di difetti congeniti del nascituro.

I rischi alla salute provocati dal tabacco non sono dovuti soltanto ad un consumo diretto di sigarette, ma anche all'esposizione al fumo passivo (Tabella 4).

Nonostante l'aumento delle evidenze a dimostrazione della gravità degli effetti del fumo sulla salute, il numero di fumatori in Italia è ancora elevato. L'Istituto Superiore della Sanità stima che la percentuale di fumatori in Italia sia del 22%, con una maggior prevalenza tra gli uomini di età compresa tra i 25 e i 44 anni (DOXA-ISS, 2014) [I].

Tabella 4: Principali patologie associate al fumo attivo ed al fumo passivo (Baccolo T. e altri, 2011) [4]

Fumo attivo	Fumo passivo
Neoplasie	Adulti
<ul style="list-style-type: none"> • Cavità nasali e seni paranasali • Cavità orale, naso- oro- ed ipofaringe • Laringe • Polmone • Esofago, stomaco, pancreas, fegato, colon-retto • Rene e vie urinarie, vescica • Cervice uterina, ovaio (tumori mucinosi) • Midollo osseo (leucemia mieloide) 	<ul style="list-style-type: none"> • Malattie cardiovascolari acute • Tumore del polmone • Ictus • Riduzione della capacità ventilatoria ed aggravamento di malattie respiratorie (es. asma) • Alterazioni della salute riproduttiva
Malattie non neoplastiche	Bambini
<ul style="list-style-type: none"> • Broncopneumopatia cronica ostruttiva • Cardiopatia ischemica ed infarto del miocardio • Ictus cerebrale ischemico/emorragico • Arteriopatia ostruttiva periferica • Aneurisma dell'aorta • Disfunzione erettile (impotenza) e alterazioni della salute riproduttiva • Frattura dell'anca • Diabete mellito non insulino-dipendente • Degenerazione maculare senile • Cataratta • Gengiviti ed edentulia 	<ul style="list-style-type: none"> • Infezioni respiratorie • Infezioni dell'orecchio medio • Asma (induzione ed esacerbazioni) • Riduzione della capacità ventilatoria • Sindrome della morte improvvisa in culla

Il posto di lavoro è una delle sedi in cui è possibile intervenire con successo per evitare l'esposizione al fumo passivo, favorire una maggiore conoscenza dei danni provocati da questa sostanza, promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo e per limitare il numero di sigarette consumate. Una revisione sistematica svolta nel 2002, infatti, mostra che gli ambienti di lavoro completamente liberi dal fumo sono associati ad una riduzione nella prevalenza dell'abitudine al fumo del 38% e ad una riduzione del consumo di sigarette da parte dei fumatori che, combinati insieme, determinano una diminuzione del consumo di sigarette del 29% [17]. Il datore di lavoro può perciò, attraverso interventi di tipo restrittivo ed educativo, svolgere un ruolo

attivo nella promozione della salute tra i propri dipendenti.

L'abitudine al fumo, inoltre, è particolarmente dannosa nel luogo di lavoro dove i rischi dovuti al tabagismo possono sommarsi a quelli lavorativi provocando gravi danni alla salute.

Studi svolti in diversi Paesi industrializzati hanno rilevato che la prevalenza dell'abitudine al fumo nella popolazione generale è correlata a diversi fattori, tra cui il livello socio-culturale e l'attività lavorativa svolta; in particolare, risulta più elevata tra i lavoratori che hanno un basso livello di istruzione e che svolgono mansioni di bassa specializzazione e scarsamente remunerate. Inoltre, in questo gruppo è stato evidenziato un più precoce inizio dell'utilizzo di sigarette, un maggiore consumo di tabacco ed una minore tendenza a smettere [17, 18].

L'abitudine al fumo può avere ricadute negative sia sui lavoratori che sull'azienda stessa. Può provocare infatti [4, 17, II]:

- maggiori assenze per malattia;
- aumento di incidenti e infortuni dovuti a distrazione, incendi ed esplosioni;
- riduzione della produttività (a causa delle pause per fumare);
- contrasti con i colleghi non fumatori;
- possibile interazione fra i prodotti del fumo di tabacco⁴ e i fattori di rischio occupazionale, con aumento della probabilità di insorgenza di patologie (es. neoplasie nei lavoratori esposti a cancerogeni professionali);
- confondimento nel monitoraggio dell'esposizione professionale ad alcuni tossici industriali (es. monossido di carbonio);
- possibile effetto dei prodotti del fumo sui beni aziendali con azioni di

⁴ Contiene circa 4000 sostanze chimiche, di cui alcune cancerogene.

tipo chimico e meccanico (es. lenti, componenti metalliche, parti di strumenti meccanici di precisione);

- necessità di costruire, eventualmente, locali separati per fumatori e loro manutenzione;
- aumento delle spese aziendali per pulizia e manutenzione.

Adottare una politica aziendale che contrasti l'abitudine al fumo di tabacco può, perciò, determinare notevoli vantaggi sia per i lavoratori che per le aziende. I dipendenti, difatti, beneficerebbero del miglioramento sia delle loro condizioni di salute, che delle relazioni con i colleghi e persino dell'ambiente di lavoro. L'azienda, invece, riscontrerebbe un miglioramento della sua immagine, un'aumento della produttività, una diminuzione dei conflitti aziendali e una riduzione delle spese. Appare evidente, quindi, l'utilità di contrastare l'abitudine al fumo nei luoghi di lavoro e di promuovere la disassuefazione dei lavoratori che fumano.

3.1.1 Disposizioni legislative sul divieto di fumo

L'ordinamento giuridico italiano contiene varie norme dirette a tutelare la salute dai rischi connessi all'esposizione, anche passiva, al fumo. Analizzando le principali disposizioni legislative che possono influire sul contesto lavorativo possono essere distinte due categorie principali: le norme generali che vietano il fumo nei locali chiusi "aperti ad utenti o al pubblico" e quelle specifiche per gli ambienti di lavoro.

Il primo gruppo di leggi ha lo scopo di proteggere i non fumatori dai danni alla salute provocati dall'esposizione al fumo passivo.

In Italia la prima legge sul fumo risale agli anni settanta⁵ ed è la Legge n. 584

⁵ In realtà la prima norma in tema di divieto di fumo risale al 1934, quando con il Regio Decreto n. 2316 "*Testo unico delle leggi sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia*" all'articolo 15, vengono vietate la vendita e la somministrazione di tabacco a soggetti di età inferiore di 16 anni. A quest'ultimi viene inoltre vietato di fumare in luogo pubblico sotto pena di sanzione amministrativa.

dell'11 Novembre 1975, *“Divieto di fumare in determinati locali e sui mezzi di trasporto pubblico”*, che stabilisce il divieto di fumare in alcuni luoghi (art. 1), tra cui le corsie degli ospedali, le aule scolastiche, le sale d'attesa delle stazioni, i locali chiusi adibiti a pubblica riunione, i cinema, le sale da ballo e all'interno di mezzi pubblici di trasporto.

Il 14 Dicembre 1995, la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri *“Divieto di fumo in determinati locali della pubblica amministrazione o dei gestori di servizi pubblici”*, ha poi esteso il divieto di fumo a tutte le amministrazioni pubbliche. Per amministrazioni pubbliche si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, compresi gli istituti e le scuole di ogni ordine e grado e le università, le aziende e amministrazioni dello Stato a ordinamento autonomo, le regioni, le province, i comuni, le comunità montane e loro consorzi ed associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali regionali e locali e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale. La legge stabilisce, inoltre, che i dirigenti preposti alle strutture amministrative e di servizio devono individuare in ciascuna di esse uno o più funzionari incaricati di procedere alla contestazione di eventuali infrazioni, di verbalizzarle e di riferirne all'autorità competente.

Segue, il 28 marzo del 2001, una Circolare del Ministero della Sanità (ora della Salute) che fornisce un elenco dettagliato dei locali nei quali si applica il divieto di fumo, specificando quanto già scritto nella Legge 584/75.

Queste norme, che pure hanno contribuito alla progressiva riduzione della prevalenza dei fumatori nel nostro Paese, avevano tuttavia una portata limitata, in quanto escludevano il fumo solo da certi locali e non avevano un impatto notevole sui comportamenti dei fumatori, interferendo poco con le loro abitudini. I limiti di queste normative sono stati superati con la Legge n. 3 del 16 gennaio 2003 (art. 51), *“Tutela della salute dei non fumatori”* che apportò invece una rivoluzione del quadro precedente, estendendo il divieto di

fumo a tutti i locali chiusi, con le sole eccezioni dei locali riservati ai fumatori e degli ambiti strettamente privati non aperti ad utenti e al pubblico (abitazioni civili e luoghi di lavoro in cui non sono presenti dipendenti e non accede pubblico). La legge concede la possibilità, ma non l'obbligo, di creare locali per fumatori, le cui caratteristiche strutturali e i parametri di ventilazione sono stati definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2003, che prevede anche le misure di vigilanza e sanzionamento delle infrazioni.

La normativa specifica per i luoghi di lavoro è contenuta nel Decreto Legislativo n. 81 del 9 Aprile 2008 che introduce espliciti divieti di fumo per situazioni specifiche di rischio. In questo caso l'obiettivo, oltre che la protezione dei non fumatori, è la salvaguardia della salute e della sicurezza dei fumatori stessi rispetto agli eventi infortunistici e alle interazioni fra tabacco e agenti nocivi di origine professionale. Questi divieti si applicano anche per le attività lavorative svolte all'aperto e non soltanto nei luoghi chiusi, come invece avviene per l'art. 51 della Legge 3/03.

La Circolare del Ministero della Salute del 17 Dicembre 2004, riprendendo quanto affermato nel D.P.C.M. Del 14 Dicembre del '95 ed estendendolo anche agli ambienti lavorativi privati, stabilisce gli obblighi attribuiti ai datori di lavoro e ai dirigenti in materia di divieto di fumo.

In particolare quest'ultimi hanno il dovere di:

1. Richiamare formalmente i trasgressori all'osservanza del divieto di fumare;
2. Segnalare, in caso di inottemperanza al richiamo, il comportamento del o dei trasgressori ai pubblici ufficiali ai quali competono la contestazione della violazione del divieto e la conseguente redazione

- del verbale di contravvenzione;
3. Esporre gli appositi cartelli di divieto (Figura 4).

Figura 4: Esempio di cartello di divieto di fumo

<div></div> <div>VIETATO FUMARE</div> <div><small>Legge 16 gennaio 2003, n° 3, art. 51 "Tutela della salute dei non fumatori", D.P.C.M. 23/12/03 – L. 11/11/75, n° 584, art. 1 – D.P.C.M. 14/12/95</small></div> <div>I trasgressori sono soggetti al pagamento di una sanzione amministrativa da € 27,50 a € 275,00</div> <div><small>La misura della sanzione è raddoppiata qualora la violazione sia commessa in presenza di donna in evidente stato di gravidanza o di lattanti o bambini fino a 12 anni</small></div> <div>Addetto alla vigilanza sull'osservanza del divieto: Sig. _____</div> <div><small>Autorità cui compete accertare e contestare l'infrazione: Polizia Amministrativa locale, Guardie Giurate, Ufficiali e Agenti di Polizia Giudiziaria</small></div>
--

3.2 Alcol

Il consumo elevato di alcol è il terzo fattore di rischio di mortalità e morbidità in Europa, dopo il tabacco e l'ipertensione [19]. Si stima che in Europa, nel 2004, quasi 95 mila uomini e oltre 25 mila donne (di età compresa tra 15 e 64 anni) siano morti per cause attribuibili all'alcol, corrispondenti all'11.8% di tutte le morti in questa categoria di età (1:7 morti maschili e 1:13 morti femminili). Inoltre, sempre nel solito anno, il consumo di alcol è stato responsabile di più di 4 milioni di DALY perduti [19]. È dunque chiaro che l'alcolismo produce un onere (sociale ed economico) rilevante all'interno dell'UE derivante dagli effetti del consumo di alcol sull'individuo, sulla famiglia, sul lavoro e la società.

Un suo utilizzo cronico ed eccessivo può provocare numerose patologie, anche severe, quali disordini mentali e comportamentali, tumori, patologie cardiovascolari, disturbi immunologici e patologie a carico dei polmoni. Può inoltre facilitare il verificarsi di incidenti dovuti ad alterazione dello stato di coscienza conseguente l'assunzione acuta (Tabella 5).

Negli ultimi anni numerosi studi hanno dimostrato che sia il volume di alcol consumato durante la vita che la combinazione tra la frequenza del consumo e la quantità ingerita ad ogni episodio aumentano il rischio di danni alcol-correlati, in gran parte in modo dose-dipendente (il rischio è tanto maggiore quanto maggiore è il consumo di alcol) [5, 19].

Tabella 5: Malattie e lesioni attribuibili all'alcol (OMS, 2012) [19]

Malattie croniche e infettive
<ul style="list-style-type: none">• Cancro: nasofaringeo, esofageo, laringeo, del fegato, del colon/retto, del seno• Malattie neuropsichiatriche: disturbi da abuso di alcol (100% alcol-dipendenti), epilessia primaria• Diabete• Malattie cardiovascolari: ipertensione, cardiopatia ischemica, ictus ischemico, ictus emorragico, aritmie cardiache• Malattie gastrointestinali: cirrosi epatica, pancreatite• Malattie infettive: tubercolosi, effetto dell'alcool sul corso di HIV/AIDS, infezioni delle basse vie respiratorie• Condizioni che insorgono durante il periodo perinatale: basso peso alla nascita, sindrome alcolica fetale (100% alcol-dipendente)
Ferite
<ul style="list-style-type: none">• Lesioni involontarie: incidenti automobilistici, cadute, annegamento, incendi, avvelenamenti, esposizione a forze della natura, altre lesioni non intenzionali• Lesioni intenzionali: atti di autolesionismo, violenza interpersonale, altre lesioni intenzionali

Molti studi hanno rilevato una forte associazione tra abuso di alcol e ricadute negative sulla vita lavorativa dei soggetti. Elevati consumi di alcol possono essere associati a:

1. Disoccupazione;
2. Assenteismo;
3. Aumentato rischio di arrivare tardi a lavoro e/o uscire presto;
4. Elevato turnover dei dipendenti a causa di morte prematura;
5. Comportamenti inappropriati;
6. Furti ed altri reati;
7. Scarse relazioni tra colleghi e clima non accogliente in azienda.

Tutti questi effetti influiscono sul funzionamento e sull'organizzazione dell'azienda riducendone notevolmente la produttività. Gli studi suggeriscono che il consumo di alcol può avere più effetto sulla produttività dell'azienda che sul numero di giorni lavorativi persi. Nel complesso, i costi derivanti dalla perdita di produttività appaiono come l'elemento dominante negli studi sui

costi sociali derivanti dai danni causati dall'alcol, rappresentando circa la metà del costo sociale totale provocato dall'alcol nell'UE [20].

Invertendo la prospettiva, il luogo di lavoro stesso può essere un fattore di rischio per l'uso nocivo di alcol. Molti studi hanno difatti trovato associazioni significative tra la presenza di situazioni stressanti sul posto di lavoro e livelli elevati di consumo di alcol, aumento del rischio di problemi di alcolismo e dipendenza da alcol [19].

3.2.1 Disposizioni legislative sul divieto di assunzione di alcol

Il tema dell'alcol ha un'ampia rispondenza sul piano legislativo nazionale.

Il Regio Decreto n. 773 del 18 Giugno 1931, “*Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza*”, è una delle prime norme a disciplinare l'assunzione di bevande alcoliche in ambiente lavorativo. All'articolo 94 viene difatti vietata la vendita di bevande superalcoliche (con gradazione superiore a 21°) nelle cantine delle caserme e negli spacci degli stabilimenti dipendenti dalle Pubbliche Amministrazioni.

Nel 1956, con il Decreto del Presidente della Repubblica n. 303, il divieto viene esteso a tutte le aziende private, ad eccezione di modiche quantità nelle mense durante l'ora dei pasti.

Una normativa più forte viene introdotta nel 2001 con l'emanazione della “*Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati*” (L. n. 125/01) che all'art. 15 sancisce il divieto di assunzione e somministrazione di qualsiasi bevanda alcolica nelle attività lavorative soggette ad elevato rischio di infortunio o rivolte a garantire la sicurezza, l'incolumità o la salute di altri, affidando l'attività di controllo alcolimetro ai medici competenti aziendali o, in alternativa, a quelli dei Servizi di Prevenzione delle ASL competenti. L'elenco delle attività sopracitate è stato individuato con il Provvedimento

dell'Intesa Stato Regioni del 16 Marzo 2006. Tra esse, per esempio, sono presenti le mansioni sanitarie, gli insegnanti, gli operatori edili e gli addetti alle attività di trasporto. Niente però viene stabilito circa i criteri e le modalità di effettuazione dei controlli. Ad adesso, per queste mansioni, non è ancora prevista alcuna attività di sorveglianza sanitaria né specifiche procedure per l'accertamento di assenza di alcol dipendenza, benché l'art. 41 comma 4-bis del D.Lgs 81/08 prevedeva che queste disposizioni dovessero essere attuate entro il 31 Dicembre 2009.

3.3 Obesità e sovrappeso

Nei paesi occidentali, negli ultimi decenni, l'incidenza di sovrappeso ed obesità è notevolmente aumentata così da costituire, secondo l'OMS, uno dei problemi più seri per la salute pubblica (OMS, 2007)[20].

L'obesità è considerata uno dei più importanti fattori di rischio alla base dell'insorgenza prematura di malattie non trasmissibili quali patologie cardiovascolari (es. ipertensione arteriosa e cardiopatia ischemica) e cerebrovascolari, metaboliche (es. diabete), osteoarticolari (es. osteoporosi), gastrointestinali ed alcune forme tumorali, provocando circa 1 milione di morti all'anno nella Regione Europea e numerosi casi di morbidità [4].

Un'analisi effettuata dall'Istituto svedese per la sanità pubblica ha evidenziato che nell'Unione Europea il 4,5% dei DALY è imputabile a un'alimentazione scorretta, con un ulteriore 3,7% imputabile all'obesità e un 1,4% imputabile all'inattività fisica. Si evidenzia, inoltre, un trend in aumento negli ultimi anni: nella fascia di età dei 40-59 anni si è passati dal 25% del 1988-94 al 36% del 2003-2004 [4]. Risulta evidente perciò come la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità debba costituire un obiettivo prioritario delle politiche sociosanitarie delle nazioni.

Per misurare il grado di obesità, l'OMS ha proposto due parametri: l'indice di massa corporea e la misura della circonferenza dell'addome.

Il valore dell'indice di massa corporea (*Body Mass Index* - BMI) si ottiene dal rapporto fra il peso (espresso in chilogrammi) e il quadrato dell'altezza (espressa in metri). Un individuo adulto è in sovrappeso se il suo indice di massa corporea è compreso tra 25-29 kg/m²; è considerato, invece, obeso quando il valore del BMI è maggiore o uguale a 30 kg/m².

La misura (espressa in centimetri) della circonferenza dell'addome rileva, in modo più specifico del BMI, la tendenza del tessuto adiposo a localizzarsi

nella regione addominale. Questo parametro viene considerato un significativo indicatore di rischio per la comparsa di alterazioni metaboliche e cardio-vascolari [22].

Nella maggior parte dei paesi dell'Unione Europea il sovrappeso interessa dal 32% al 79% della popolazione adulta maschile e dal 28% al 78% della popolazione adulta femminile; la prevalenza di obesità varia dal 5% al 23% degli uomini e tra il 7% e il 36% delle donne (OMS, 2007) [21].

In Italia, secondo i dati raccolti nel 2013 dal sistema di sorveglianza PASSI⁶ (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), il 31,4% degli adulti risulta in sovrappeso, mentre il 10,5% è obeso: complessivamente, quindi, più di due adulti su cinque (42%) sono in eccesso ponderale.

La prevalenza del fenomeno è più rilevante tra gli uomini d'età compresa tra i 59 e i 69 anni, con basso livello di istruzione e con molte difficoltà economiche. Si evidenzia inoltre un chiaro gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione del fenomeno nelle Regioni meridionali (sorveglianza PASSI, 2013) [III].

Lo sviluppo dell'obesità dipende da fattori genetici, tuttavia è largamente favorito dagli stili di vita (alimentazione scorretta associata a scarsa attività fisica), spesso indotti dalle stesse condizioni sociali e organizzative dell'ambiente di vita e di lavoro degli individui. Per quanto attiene all'alimentazione, buona parte della popolazione europea non consuma la quantità di frutta e verdura raccomandata (5 porzioni di frutta e verdura al giorno) e predilige alimenti ad alto contenuto calorico e poco nutrienti. I pasti sono spesso consumati fuori casa, abbondano di cibi non freschi, ricchi di grassi e zuccheri, con scarso consumo di frutta e verdura [21].

⁶ Sistema di monitoraggio finalizzato allo studio dei comportamenti della popolazione adulta (tra 18 e 69 anni).

La scelta degli alimenti consumati è fortemente influenzata dalla loro reperibilità e dall'accessibilità in termini di costi. L'attuale organizzazione socio-economica consente un'ampia disponibilità a basso costo di cibi ad alto contenuto calorico e ricchi di grassi, elemento che ne favorisce un consumo diffuso, determinando così un incremento dell'incidenza dell'obesità [23].

Per quanto riguarda l'attività fisica, attualmente in Europa la maggior parte della popolazione adulta non svolge attività motoria costante e si stima che più del 35% delle persone resti seduta per più di 7 ore al giorno [8].

In Italia, nel 2013, ben il 31% dei cittadini poteva essere classificato come sedentario⁷. Il fenomeno è più diffuso tra le donne nella fascia d'età compresa tra 50 e 69 anni, con titolo di studio basso o assente e con molte difficoltà economiche (sorveglianza PASSI, 2013) [IV]. L'analisi territoriale mostra, inoltre, che la pratica sportiva è più diffusa nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Sud [22].

Un'attività fisica regolare, svolta ogni giorno secondo i livelli raccomandati, aiuta a mantenersi in buona salute migliorando il metabolismo del glucosio, riducendo la quantità di grasso corporeo ed abbassando la pressione sanguigna.

È importante abituarsi a muoversi il più possibile, cogliendo tutte le opportunità che si presentano: camminare, andare in bicicletta e salire le scale sono alcuni esempi di attività quotidiane che possono essere intraprese per aumentare i livelli di attività fisica, contrastando gli effetti della sedentarietà. Gli esperti precisano, tuttavia, che, per ottenere benefici sulla salute e sul benessere, occorre svolgere attività fisica in modo tale da migliorare l'efficienza cardiovascolare, la composizione corporea, la resistenza muscolare, la forza e la flessibilità [8].

⁷ Non fa un lavoro pesante e non pratica attività fisica nel tempo libero.

Le raccomandazioni dell'OMS dicono che una persona adulta, tenendo conto delle sue condizioni psicofisiche, dovrebbe svolgere settimanalmente, in sessioni di esercizio della durata minima di 10 minuti per volta, almeno (OMS, 2011) [24]:

- 150 minuti di attività fisica aerobica di moderata intensità;
- 75 minuti di attività fisica aerobica vigorosa;
- Combinazioni equivalenti di attività fisica moderata e vigorosa;

Per ottenere maggiori benefici, i tempi riportati in precedenza andrebbero raddoppiati (300 minuti di attività a moderata intensità o 150 minuti ad intensità vigorosa). Dovrebbero essere poi aggiunti esercizi per l'allenamento della forza muscolare, coinvolgenti i principali gruppi di muscoli, due o più volte alla settimana.

Per diventare una persona attiva, o per continuare a esserlo, la buona volontà del singolo spesso potrebbe non bastare. È fondamentale facilitare la pratica dell'attività fisica negli ambienti di vita che si frequentano tutti i giorni. Tra questi, il luogo in cui si lavora dovrebbe essere tra i principali ambienti in cui attivamente si promuove la salute e il benessere di quanti vi si recano.

Oltre agli stili nutrizionali scorretti e alla sedentarietà, ulteriori elementi che favoriscono fenomeni di obesità e di sovrappeso risiedono nell'ambito delle organizzazioni lavorative.

Un studio condotto nel 2004 ha evidenziato che, in ambito professionale, il minor consumo di energia, associato alla sempre più diffusa meccanizzazione e robotizzazione dei lavori pesanti, costituisce una rilevante concausa nel favorire l'aumento del peso corporeo [25]. Molti lavori impongono, durante la giornata, lunghi periodi trascorsi in posizioni statiche, erette o sedute, influenzando sul livello di attività dell'individuo. Anche i lavori stressanti, come

quelli con prolungati periodi di turni di lavoro con cicli notturni, possono indurre squilibri biologici (es. del metabolismo lipidico) favorendo un aumento della prevalenza dell'obesità. Gli autori dello studio riportano, inoltre, che il sovrappeso e l'obesità rappresentano fattori di rischio per l'incremento degli infortuni sul lavoro.

Come abbiamo già visto, l'obesità non è solo un problema estetico ma soprattutto sanitario ed ha ricadute a vari livelli, tra cui anche quello lavorativo. L'obesità, infatti, può determinare di per sé in alcuni casi un'importante disabilità lavorativa. Inoltre, le conseguenze negative dell'obesità sulla salute, come l'insorgenza di patologie cardiovascolari ed endocrino-metaboliche, possono causare un importante numero di giorni di assenza per malattia e limitazioni allo svolgimento di mansioni specifiche (es. svolgimento di turni notturni per i soggetti diabetici), influenzando notevolmente sulla produttività dell'azienda. Non bisogna poi dimenticare l'indubbia difficoltà nei movimenti provocata da questa condizione.

Riorganizzando l'attività lavorativa, aumentando il livello di informazione dei dipendenti sull'importanza dell'attività fisica e di una corretta alimentazione e fornendo opportunità concrete per l'adozione di abitudini salutari è però possibile ridurre, anche in modo significativo, questo fattore di rischio, migliorando nel contempo la salute dei lavoratori e l'economia dell'azienda. Investendo in questo tipo di iniziative, difatti, è possibile ridurre le assenze per malattia, gli infortuni sul lavoro e il turnover dei dipendenti, aumentando la produttività e abbassando i costi. La proposizione di interventi di WHP è perciò un'ottima soluzione al problema dell'obesità: a fronte di modesti investimenti, le ricadute positive sono notevoli.

4 I programmi di WHP

Analizzando la letteratura sull'argomento è possibile riscontrare numerosi tipi di attività proposti per la promozione della salute nei luoghi di lavoro. Alcuni esempi possono essere i risk assessment con feedback, gli interventi formativi, le campagne di comunicazione e le azioni di modifica del contesto che facilitano l'adozione di comportamenti salubri. La scelta degli interventi varia in base a numerosi criteri come le dimensioni dell'azienda che attua l'iniziativa, le risorse disponibili e l'abitudine da correggere. Inoltre, le attività possono essere presentate come singoli interventi o inserite in programmi più ampi ed articolati.

Nonostante questa grande variabilità, è possibile individuare alcuni elementi comuni a tutti gli interventi, necessari per la buona riuscita di un programma di WHP.

La prima condizione necessaria alla messa in pratica di azioni efficaci è lo sviluppo di programmi multi-componente. Questi programmi sono caratterizzati da un approccio ecologico e si compongono di più interventi che agiscono contemporaneamente su:

- le politiche aziendali, rendendole più inclini a favorire uno stile di vita sano;
- l'ambiente lavorativo, riorganizzandolo in modo da facilitare lo svolgimento di pratiche salutari;
- i comportamenti non salutari del singolo e del gruppo, cercando di facilitare la comparsa di abitudini più salubri.

La letteratura evidenzia, inoltre, che i migliori risultati di efficacia si hanno con programmi globali di promozione del benessere che associano azioni rivolte a più fattori di rischio (es. alimentazione scorretta e sedentarietà), agendo allo stesso tempo attraverso tre tipi d'intervento:

- informativo, per aumentare le conoscenze dei lavoratori sui rischi causati dallo specifico comportamento malsano (es. fumo di tabacco), sui benefici ricavati dalla sua eliminazione e sulle iniziative realizzate in merito in azienda ed offerte dal territorio,
- educativo, per acquisire competenze ed abilità che favoriscano l'adozione di comportamenti salubri attraverso corsi di formazione e sessioni di counseling⁸, individuale e di gruppo;
- strutturale, offrendo spazi e risorse per lo svolgimento del programma di PdS.

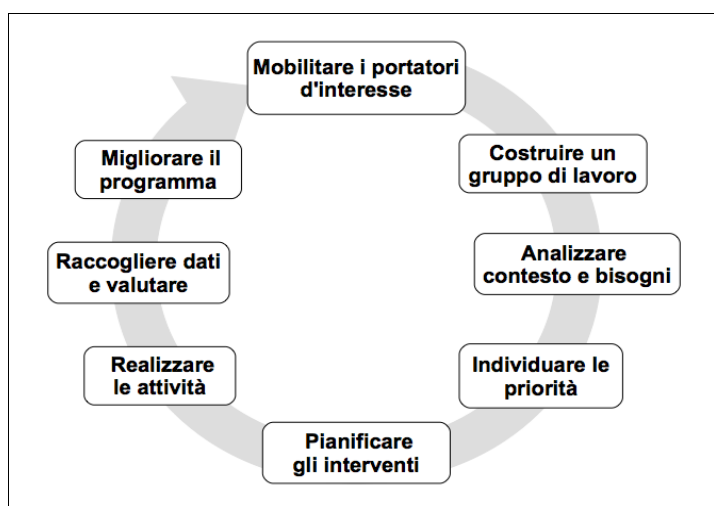
Per raggiungere gli obiettivi di salute desiderati è necessario sviluppare programmi che, partendo dagli aspetti illustrati precedentemente, tengano anche conto delle evidenze e delle buone pratiche indicate dalla letteratura, rispondano alle reali esigenze dei lavoratori e seguano un percorso logico di progettazione a fasi. Si delinea, così, un processo ciclico che consente di monitorare continuamente il programma, permettendo eventuali correzioni e miglioramenti. Le fasi principali del processo sono otto (Figura 5) (OMS, 2010) [26]:

1. mobilitare i portatori di interesse (es. datori di lavoro, dirigenti, rappresentanti dei lavoratori, medici competenti) per ottenere appoggio e risorse,
2. costituire un gruppo di lavoro rappresentativo delle parti interessate che devono essere coinvolte attivamente in ogni fase di realizzazione e di valutazione del programma,
3. analizzare il contesto e i bisogni attraverso una raccolta di dati quantitativi (es. epidemiologici, statistici, sociali) e qualitativi (es.

⁸ Il *counseling* è un'azione di sostegno terapeutico nella decisione, attraverso la quale un individuo che ha un problema, ma non possiede le conoscenze o le capacità per risolverlo, si rivolge ad un altro individuo, il consulente, che, grazie alla propria esperienza e preparazione, è in grado di aiutarlo a trovare una soluzione favorendo lo sviluppo della sua autonomia decisionale.

- opinioni, percezioni) per individuare i problemi di salute, i comportamenti a rischio e le situazioni ambientali su cui agire,
4. individuare le priorità sulle quali intervenire,
 5. pianificare gli interventi,
 6. realizzare le attività previste dal programma,
 7. raccogliere dati e valutare ciò che si sta realizzando in termini di processo, prodotti, cambiamenti, costi e benefici (sia per i lavoratori che per l'azienda),
 8. migliorare il programma sulla base dei risultati ottenuti.

Figura 5: Processo di miglioramento continuo della salute nel luogo di lavoro



Il successo di un programma di WHP è in gran parte connesso al supporto e al coinvolgimento attivo della direzione aziendale in tutte le fasi di sviluppo del programma. Infatti, lo stile e la cultura manageriali hanno un forte impatto sulla salute dei dipendenti avendo un ruolo di primaria importanza nella determinazione delle caratteristiche del clima organizzativo. Un manager coinvolto in modo attivo ed entusiasta nelle iniziative di WHP trasmette ai lavoratori l'interesse che l'azienda ha nei loro confronti e in quelli della loro salute, creando un clima più accogliente e facilitandone la partecipazione alle

attività di promozione. Inoltre, il comportamento del dirigente ha un importante ruolo di modello per gli altri lavoratori, anche per questioni che riguardano la salute. La partecipazione del datore di lavoro e della dirigenza è poi indispensabile per arrivare ad includere negli obiettivi e nei valori del piano strategico aziendale una cultura orientata verso la salute, elemento necessario alla costituzione di un contesto lavorativo di supporto all'adozione di stili di vita sani.

La seconda fase della progettazione prevede la formazione di un gruppo di lavoro costituito sia da rappresentanti della direzione aziendale che dei lavoratori. Quando possibile, dovrebbero essere inclusi anche il medico competente ed esperti esterni scelti in base al progetto da attuare. Il gruppo dovrebbe inoltre essere guidato da un supervisore. La composizione multiprofessionale permette il coinvolgimento attivo di tutti i portatori di interesse in ogni fase del programma, aumentando il consenso e l'aderenza alle iniziative di PdS. Difatti, gli individui sono più propensi a partecipare ad iniziative che hanno contribuito a definire. Per favorire l'adesione dei lavoratori al progetto di WHP l'organizzazione non dovrebbe soltanto coinvolgerli nel processo di pianificazione, ma anche fornire sistemi per la valutazione dei feedback dei partecipanti, incentivi per la partecipazione e provvedere ad una comunicazione efficiente, aperta e continua. I dipendenti dovrebbero essere sempre informati in modo puntuale sulle iniziative in corso e sulle risorse messe a disposizione per la loro realizzazione. Per fare questo, risulta importante l'utilizzo contemporaneo del maggior numero di canali di comunicazione possibile (es. comunicazione a voce, posta elettronica, intranet). Al suo avvio, il progetto di WHP dovrebbe essere promosso per suscitare l'interesse dei lavoratori e per favorirne la partecipazione. Potrebbe essere utile, ad esempio, mettere a loro disposizione un kit che includa il progetto, il programma delle attività e tutto il materiale informativo

disponibile. Inoltre, le attività dovrebbero essere svolte per quanto possibile in azienda, non in strutture esterne, e durante l'orario lavorativo. Ulteriori elementi che possono facilitare la partecipazione dei lavoratori alle attività di PdS sono:

- presentare il progetto e le sue attività fornendo materiale informativo;
- dare a tutti l'opportunità di partecipare al progetto e alle sue attività (tenendo conto degli orari di lavoro, degli impegni familiari, delle disabilità, ecc), per esempio, suddividendo le attività in più fasce orarie e scegliendo attività (es. esercizi fisici) che non necessitino di un livello di competenze troppo elevato per essere svolte,
- individuare tra i lavoratori, quando possibile, una figura leader che dia l'esempio, incoraggi e sostenga i colleghi nel partecipare al progetto,
- dare l'opportunità di sperimentare diversi tipi di attività,
- informare periodicamente i partecipanti sull'andamento del progetto e delle attività.

Alla costruzione del gruppo di lavoro segue una fase di diagnosi durante la quale vengono analizzati il contesto (e soprattutto i rischi presenti) e i bisogni (sia dei lavoratori che dell'impresa). Prima di intraprendere qualsiasi iniziativa, infatti, è indispensabile rilevare quali problemi di salute sono presenti e con quale frequenza.

In questo modo è possibile individuare le aree di maggior bisogno e stabilire le priorità d'intervento. Le informazioni sullo stato di salute (es. dati antropometrici, malattie esistenti) dei lavoratori, le loro abitudini (es. fumo, attività fisica svolta) e le loro conoscenze in materia di salute possono essere raccolte in vario modo: focus group⁹, interviste o questionari. Molti dati utili ed interessanti possono essere raccolti anche durante la sorveglianza sanitaria

⁹ Metodo di intervista di gruppo non strutturato in cui un gruppo di persone è invitato a parlare, discutere e confrontarsi riguardo all'atteggiamento personale nei confronti di un tema.

di routine, ovviamente previa autorizzazione degli interessati. Naturalmente, se rivolto alle reali necessità del gruppo, l'intervento verrà accettato in misura maggiore dai dipendenti, aumentandone la partecipazione.

Fatto questo, per pianificare gli interventi futuri, risulta necessario considerare le risorse che la società ha a disposizione (es. strutture, personale disponibile e canali di comunicazione intra-aziendali presenti) in modo da usufruirne al meglio. Anche le caratteristiche della popolazione target devono essere prese in considerazione. Difatti, in ogni azienda, sono presenti gruppi di lavoratori che differiscono per fattori socio-demografici (es. età, sesso, grado d'istruzione, lingua), per tipo di impiego (es. impiegati, operai, commessi) e per particolari bisogni di salute (es. disabili, diabetici ma anche turnisti). Tutte queste caratteristiche influenzano notevolmente sia i comportamenti degli individui e, di conseguenza, i fattori di rischio a cui sono esposti, sia la propensione ad essere coinvolti in programmi per il miglioramento della salute. Dopo aver analizzato il contesto di partenza e i bisogni, è necessario definire gli obiettivi da raggiungere. Gli obiettivi devono essere SMART:

- Specifici, cioè che non lascia spazio ad ambiguità. È necessario definire chiaramente cosa va fatto, dove e come. Deve essere chiaro che cosa si vuole realizzare e ciascun obiettivo deve descrivere un singolo risultato,
- Misurabili, ovvero deve essere possibile verificare e misurare il raggiungimento degli obiettivi individuando, per ciascun obiettivo, dei criteri (cosa osservo) e degli indicatori (cosa misuro di ciò che osservo),
- Appropriati, cioè obiettivi che si possano realisticamente raggiungere con le risorse e i tempi stimati, poiché un obiettivo non raggiungibile demotiva all'azione,

- Rilevanti, ovvero coerenti alle priorità individuate,
- Temporalmente delimitati, ossia deve essere stabilito il tempo entro il quale i risultati devono essere raggiunti.

Per la definizione del progetto bisogna inoltre ricercare ed analizzare le basi teoriche di riferimento disponibili (es. prove di efficacia, esempi di buona pratica, modelli teorici di progettazione e di cambiamento dei comportamenti), indispensabili per l'attuazione di iniziative efficaci.

A questo punto è possibile realizzare le attività previste dal programma traducendo gli obiettivi in azioni definendo chi fa cosa, in che modo e con quali tempistiche. In questa fase deve essere anche verificata la necessità di collaborazioni da attivare all'interno del luogo di lavoro o con altri professionisti esterni all'azienda (es. medici specialisti, esperti di fitness). Devono essere considerate anche le difficoltà (es. vincoli, barriere, criticità) che potrebbero essere incontrate durante l'attuazione del programma e le soluzioni da adottare.

La raccolta dei dati è un momento chiave del ciclo progettuale. Ogni fase del progetto deve essere documentata e conservata. Una buona documentazione è molto importante in quanto facilita notevolmente la pianificazione e l'implementazione del programma di WHP. Permette, inoltre, di dare visibilità al progetto e ai suoi risultati e di mettere a disposizione di altre aziende dati ed informazioni utili per realizzare, a loro volta, esperienze simili. La documentazione, ad esempio, potrebbe essere resa consultabile via web, inserendola in siti o banche dati specifici, o presentandola in occasione di convegni istituzionali, professionali o scientifici e/o su riviste specializzate.

La WHP ha successo quando è basata su un progetto chiaro, che viene continuamente riesaminato, migliorato e comunicato al personale. Per attuare questo processo di continuo miglioramento ed effettuare un progetto efficace, è necessario elaborare un piano di valutazione che permetta di conoscere

contesto e bisogni (valutazione di contesto), rilevare l'andamento delle attività (valutazione di processo) e misurare il raggiungimento degli obiettivi (valutazione di risultato). Le valutazioni dovrebbero essere svolte sia all'inizio e alla fine del progetto che durante il suo svolgimento. In questo modo è possibile monitorare in itinere ciò che funziona e ciò che non funziona, facendo eventuali aggiustamenti ed evitando discostamenti eccessivi dagli obiettivi stabiliti. Si rende perciò indispensabile sviluppare e rendere utilizzabili indicatori che permettano di valutare i programmi di promozione della salute attuati, monitorando i progressi fatti. Gli indicatori individuati possono essere a breve, medio e lungo termine. Inoltre, gli indicatori possono essere distinti anche in base al tipo di cambiamento che vogliono osservare in fisici (es. giro vita, funzionalità respiratoria), psicologici (es. morale, soddisfazione livello di stress) o di produttività (es. basso tasso di assenze per malattia, aumento della produttività).

Attraverso la valutazione è possibile:

- determinare l'efficacia e l'impatto di un progetto,
- rimodulare strategie ed azioni,
- legittimare l'uso delle risorse (umane, strumentali ed economiche),
- documentare e valorizzare il progetto,
- confrontare esperienze simili,
- utilizzare i dati per attivare ulteriori iniziative.

Per dimostrare che un progetto di promozione della salute produce benefici anche per l'azienda è importante poter confrontare i risultati ottenuti con la situazione di partenza. Ad esempio confrontare, prima e dopo l'intervento di WHP, il numero di fumatori e la quantità di sigarette giornaliere, le assenze per malattia ed infortuni, i risultati ottenuti in materia di salute e benessere (es. livello di stress, soddisfazione dei lavoratori) e la produttività.

Infine, per valorizzare il progetto e favorire l'adesione ad iniziative che potrebbero essere proposte in seguito, è importante presentare e discutere i risultati ottenuti con tutti i soggetti coinvolti.

Ovviamente, le informazioni riportate in questo capitolo sono solo indicazioni generali, che devano essere poi adattate alle esigenze dello specifico contesto nel quale il progetto viene sviluppato (es. dimensioni dell'azienda, risorse disponibili, caratteristiche della popolazione lavorativa).

Le migliori prove di efficacia sono a favore di interventi complessi, che comprendono diverse iniziative mirate alla promozione della salute, e multi-componente. Questo tipo di interventi, però, necessitano di un notevole investimento di risorse (umane, economiche, strutturali ed organizzative) spesso non disponibili, soprattutto nelle aziende di piccole o medie dimensioni che rappresentano la tipologia di impresa oggi maggiormente rappresentata in Europa [27]. Anche la proposizione di interventi semplici però, se attuati in modo adeguato, possono portare a buoni risultati ed essere perciò fortemente raccomandati.

Di seguito analizzerò più in dettaglio le strategie di WHP applicate al contrasto di tre specifici fattori di rischio: il fumo di tabacco, il consumo elevato di alcol e l'obesità.

4.1 Interventi per ridurre tabagismo

La necessità di intervenire per arginare le conseguenze causate dal fumo di tabacco non è una novità nel nostro paese. Già a partire dagli anni settanta numerose normative si sono avvicendate a questo scopo. La sola proposizione di leggi, però, non è sufficiente a ridurre il numero di fumatori e a proteggere i non fumatori dai danni causati dal tabacco.

Un progetto di promozione della salute sul posto di lavoro, oltre al rispetto della normativa per la tutela dei non fumatori, assume anche un ruolo attivo in questa lotta: si prefigge l'intento di aiutare i fumatori presenti in azienda a smettere.

Gli obiettivi di un intervento di questo tipo, difatti, sono:

- evitare l'esposizione dei lavoratori al fumo passivo,
- favorire una maggiore conoscenza dei danni provocati da questo fattore di rischio,
- promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo di tabacco,
- limitare il numero di sigarette consumate,
- prevenire l'inizio dell'abitudine al fumo.

I luoghi di lavoro costituiscono spesso un ambiente privilegiato per attuare interventi di contrasto al tabagismo perché consentono di:

- raggiungere un elevato numero di fumatori, inclusi quelli che, godendo di buone condizioni di salute, non consultano spesso i servizi sanitari;
- rivolgersi contemporaneamente ai singoli lavoratori, a gruppi di lavoratori e all'ambiente di lavoro;
- svolgere le iniziative, almeno in parte, durante l'orario di lavoro;
- ripetere le iniziative nel tempo (se la popolazione lavorativa è stabile);
- avere il sostegno, anche finanziario, delle aziende;

- avvalersi del supporto e dell'esperienza offerta da colleghi di lavoro che hanno già smesso di fumare;
- integrarsi con le attività di tutela della salute e della sicurezza nei confronti dei rischi lavorativi.

La letteratura propone numerosi interventi da svolgere nelle aziende per aiutare i lavoratori a smettere di fumare e ne valuta l'efficacia (Tabella 6) [4, 28, 29, V].

Tabella 6: Efficacia degli interventi per ridurre il tabagismo

Interventi maggiormente efficaci
<ul style="list-style-type: none"> • Visita breve • Counseling comportamentale (sia individuale che di gruppo) • Terapia farmacologica
Interventi scarsamente efficaci
<ul style="list-style-type: none"> • Materiali di self-help • Counseling telefonico (<i>quitlines</i>)

Gli interventi che si sono dimostrati maggiormente efficaci sono la visita breve da parte di un sanitario, il counseling comportamentale sia individuale che di gruppo e la terapia farmacologica.

La visita breve consiste in un intervento rapido (da 3 a 10 minuti), fornito da un medico o da un altro operatore sanitario, durante il quale viene svolto tipicamente un counseling strutturato che comprende 5 azioni ("5 A"): chiedere al paziente se fuma (*Ask*), raccomandargli di smettere (*Advice*), identificare i soggetti motivati a smettere (*Asses*), aiutarli a smettere (*Assist*) e programmare il follow-up (*Arrange*) [VI]. Le prestazioni fornite dipendono da numerosi fattori, tra cui l'interesse dell'individuo a smettere di fumare e i metodi utilizzati in precedenza a questo fine. A seconda delle necessità specifiche può essere inclusa anche la prescrizione di terapie farmacologiche

e/o la consegna di materiale di self-help.

Il counseling comportamentale è, invece, un incontro di maggior durata fornito a gruppi o a singoli fumatori da un medico o da un altro operatore sanitario con competenza specifica. Durante l'incontro i lavoratori ricevono informazioni, consigli ed incoraggiamenti per aiutarli nella loro lotta contro il fumo. Le informazioni fornite riguardano principalmente:

- le disposizioni legislative vigenti in materia di divieto di fumo;
- gli effetti del fumo (sia attivo che passivo) sulla salute e le sue interazioni con i fattori di rischio professionali;
- i benefici, di natura sanitaria ed economica, per i lavoratori e per le aziende conseguenti alla cessazione dell'abitudine al fumo ed alla riduzione della prevalenza dei fumatori.

Le terapie farmacologiche vengono solitamente prescritte da un medico nel corso di uno degli interventi sopra riportati (terapie sostitutive con nicotina, uso di bupropione e vareniclina). Difatti, sono molto più efficaci se associate ad attività d'informazione e di sostegno.

Altri interventi, come la fornitura di materiali di self-help e il counseling telefonico (*quitlines*), si sono dimostrati invece di minor effetto.

I materiali di self-help comprendono manuali, in formato cartaceo o elettronico, che possono essere utilizzati da soggetti che desiderano smettere di fumare senza l'aiuto di professionisti sanitari o gruppi di supporto. Possono essere rivolti a tutti i fumatori, a particolari gruppi della popolazione (es. gruppi di età, donne in gravidanza) o essere modulati in base ad esigenze individuali. Questi supporti, utili se associati ad altre modalità di intervento, risultano però scarsamente efficaci se utilizzati singolarmente.

Il counseling telefonico, infine, consiste in un sostegno che avviene appunto attraverso l'apparecchio telefonico, solitamente tramite "linee verdi", fornito ai fumatori che desiderano smettere di fumare o hanno smesso da poco.

4.2 Interventi per ridurre consumo alcool

Le strategie di prevenzione dell'OMS sull'alcol (2010) raccomandano di promuovere politiche per i luoghi di lavoro basate sull'educazione, l'identificazione precoce e il trattamento da integrarsi nei programmi di sorveglianza sanitaria [30].

In questo modo è possibile identificare precocemente e aiutare i soggetti già affetti da problemi di alcolismo, ridurre il numero di nuovi casi, tutelare la sicurezza degli altri dipendenti e salvaguardare l'integrità di strutture e strumentazioni aziendali.

A questo fine, i datori di lavoro dovrebbero adottare una politica aziendale che agisca contemporaneamente sugli individui e sull'ambiente, attraverso:

- la verifica dell'esistenza in azienda di mansioni ad alto rischio presenti nell'elenco riportato nel Provvedimento dell'Intesa Stato Regioni del 16 marzo 2006;
- l'aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR), considerando l'assunzione di alcol come possibile determinante di rischio infortunistico;
- la richiesta al medico competente dell'effettuazione dei controlli alcolimetrici, secondo la procedura stabilita nel DVR, e della sorveglianza sanitaria anche per le problematiche alcol-correlate;
- l'individuazione, in accordo con il medico competente, di un elenco aziendale di mansioni "sicure", a cui poter adibire i soggetti che non dovessero risultare idonei a quelle svolte;
- la predisposizione di una procedura di controllo del divieto di assunzione di alcol e di un regolamento applicativo aziendale condiviso con i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS);
- il divieto di somministrazione di alcolici in mense, bar e distributori

presenti in azienda;

- attività di informazione rivolte ai lavoratori sul rispetto del divieto, sulle conseguenze del mancato rispetto del divieto, sulle modalità di esecuzione dei controlli alcolimetrici e sulle conseguenze della positività al test;
- attività di informazione/formazione per i lavoratori sui rischi provocati dal consumo di alcol (rischi infortunistici e rischi per la salute);
- l'individuazione e la formazione del personale preposto al controllo;
- l'introduzione di programmi di assistenza ai lavoratori;
- l'individuazione e l'eliminazione dei fattori di rischio lavoro-correlati che possono contribuire all'insorgenza di alcolismo (es. stress).

Un programma così complesso richiede una stretta collaborazione tra tutte le figure coinvolte (es. datori di lavoro, dirigenti, lavoratori, medici competenti). Ovviamente, in riferimento al contesto ed alle possibilità di attuazione, si potrà realizzare il programma completo per tutti i lavoratori, programmi differenziati per differenti mansioni a rischio, oppure solo una parte delle attività citate.

Le attività di informazione dei lavoratori sul rischio derivante dal consumo di alcol rivestono grande importanza. Consentono, infatti, sia di rendere coscienti i lavoratori dei danni provocati dall'alcol, cercando di indurre perciò un cambiamento comportamentale, che di fornire le indicazioni per riconoscere i sintomi provocati da un utilizzo smodato di alcol, per preparare i lavoratori ad individuare i colleghi a rischio ed indirizzarli verso la ricerca di assistenza. La trasmissione del messaggio deve avvenire sia attraverso azioni concrete (es. abolizione dell'alcol in azienda, organizzazione di convegni) che attraverso materiale di supporto come poster o locandine, intranet ed e-mail.

Inoltre, ai lavoratori dovrebbero essere proposti corsi di informazione ed educazione, svolti periodicamente, sugli effetti nocivi provocati dall'abuso di alcol. Durante questi incontri dovrebbero essere presentati ai lavoratori gli effetti che l'alcolismo ha sulla salute, sull'azienda e sui rapporti sociali e familiari e gli interventi di aiuto disponibili in azienda e sul territorio.

Per perseguire l'obiettivo del divieto di assunzione di sostanze alcoliche sarebbe utile prevedere anche una formazione specifica per i supervisori (dirigenti e preposti) finalizzata all'acquisizione di strumenti utili all'identificazione dei segni suggestivi di abuso alcolico acuto (es. alterazioni comportamentali ed evidente alito alcolico), in modo da poter individuare e segnalare tempestivamente al medico competente (o agli organismi predisposti) l'opportunità di un intervento. Difatti, poiché gli individui trascorrono gran parte del loro tempo sul luogo di lavoro ed è probabile che i colleghi ed i supervisori abbiano l'occasione di notare indizi che possano rivelare un problema di alcolismo.

I dirigenti devono perciò porre attenzione al comportamento dei loro sottoposti, individuare le situazioni a rischio, sfruttare la loro influenza per motivare i lavoratori a cercare aiuto per risolvere i problemi di abuso di alcol e, in mancanza di cooperazione da parte del lavoratore, segnalare il caso agli organismi preposti.

I programmi di WHP orientati al corretto consumo di alcol sono ancora poco diffusi in Italia. Negli Stati Uniti, invece, rappresentano una realtà diffusa e, già dagli anni '50 si sono sviluppati gli Employee Assistance Programs (EAP). Gli EAP sono programmi aziendali che vengono offerti ai lavoratori per aiutarli a risolvere problemi in grado di diminuire la performance lavorativa, incrementare gli infortuni o peggiorare la salute dei lavoratori. I lavoratori e le aziende sono incentivati ad aderire a questi programmi per diverse ragioni:

sono gratuiti per i lavoratori, riducono i costi delle assicurazioni sanitarie in quanto si ritiene che siano in grado di ridurre i ricoveri ospedalieri per patologie alcol correlate, migliorano la performance e riducono le assenze per malattia così come comportamenti illeciti e/o aggressivi. Possono essere individuati tre tipi di EAP:

- *self-referral*, quando i lavoratori si rivolgono spontaneamente al programma;
- *informal referral*, quando i lavoratori sono spinti a partecipare al programma dal consiglio di un supervisore o di un caposquadra;
- *formal referral*, quando i supervisori del lavoratore, notando una riduzione nella performance lavorativa, si rivolgono al lavoratore evidenziando la questione ed offrendo la possibilità di accesso al programma per risolvere il problema.

Molti EAP prevedono anche un servizio di follow-up per almeno un anno e modalità operative che cerchino di salvaguardare la privacy del lavoratore.

L'efficacia di questi programmi, sebbene sia stata valutata da numerosi studi, non è ancora stata chiaramente dimostrata. Infatti ricorrono spesso diversi problemi metodologici (es. mancanza di campioni rappresentativi e presenza di numerosi fattori confondenti). Gli studi comunque dimostrano un rapporto favorevole tra il costo del programma ed l'incremento della performance dei lavoratori con problemi alcol correlati, ma non un chiaro effetto sulla riduzione del consumo di alcol da parte degli stessi [31].

4.3 Interventi per ridurre obesità e sovrappeso

La letteratura indica come altamente efficaci gli interventi multicomponenti, orientati sia a migliorare le abitudini alimentari (es. maggior consumo di frutta e verdura) che a favorire lo svolgimento di attività motoria, combinando più azioni di tipo informativo, educativo-comportamentale e ambientale.

Gli interventi suggeriti al fine di promuovere una cultura aziendale che sostenga l'alimentazione sana e l'esercizio fisico nei lavoratori sono molteplici. Da azioni semplici e a basso costo, a programmi complessi che necessitano dell'investimento di ingenti risorse. Cambiamenti anche minimi nella disponibilità di alimenti salutarì da consumare durante le riunioni di lavoro, in mensa o nei punti di ristoro, possono essere associati, con costi molto contenuti, alla promozione dell'attività fisica, affiggendo materiali informativi (es. poster, locandine) che incoraggino l'adozione di comportamenti attivi. Azioni più articolate associano, invece, interventi di educazione alimentare alla prescrizione di esercizi di aerobica e di stretching. Possono essere previsti, inoltre, momenti di counselling individuale o di gruppo per incoraggiare i lavoratori a perseguire stili di vita salutarì.

Gli interventi dovrebbero prevedere un impianto metodologico articolato in più fasi che comprende un esame diagnostico (preferibilmente a carico del datore di lavoro), per la valutazione dello stato di salute e dello stile di vita del dipendente, la proposta di un percorso informativo-motivazionale definito sulla disponibilità al cambiamento delle proprie abitudini, utilizzando tecniche di counselling e con l'ausilio di materiale informativo e una valutazione finale dei risultati raggiunti attraverso uno o più follow up.

Gli ambiti di intervento sono numerosi. Difatti, per ridurre l'obesità tra i lavoratori dell'azienda, è possibile intervenire su:

- le politiche e le pratiche lavorative, garantendo una cultura che incoraggi l'attività motoria e la sana alimentazione, creando, per esempio, condizioni vantaggiose per chi sceglie di recarsi al lavoro a piedi o sostenendo attività extralavorative come camminare all'ora di pranzo o l'uso di impianti e attrezzature sportive locali,
- il progetto dell'edificio (es. predisponendo docce e parcheggi sicuri per chi fa uso della bicicletta o apportando migliorie ai vani scala per incoraggiarne l'uso),
- la fornitura del cibo nel luogo di lavoro, predisponendo cibi salutarì nelle mense aziendali, nei distributori automatici e nei punti di ristoro convenzionati. L'uso di cartelli e poster, il posizionamento dei prodotti sani che ne garantisca una migliore visibilità e i prezzi contenuti possono incoraggiare scelte salutarì,
- i controlli sanitari, offrendo ai lavoratori visite che si occupino anche di valutare il peso corporeo, le abitudini alimentari e i livelli di attività motoria. Il medico competente, in questo senso, dovrebbe rivestire un ruolo centrale come promotore di salute nel luogo di lavoro.

Per agire su tutte le aree sopracitate, è necessario prevedere l'intervento di un gruppo di progetto multidisciplinare composto da dirigenti, medici del lavoro, esperti della nutrizione, medici dello sport, esperti di counselling ed esperti di comunicazione.

Ovviamente, anche se molto efficace, svolgere un progetto così complesso e dispendioso spesso non è possibile per le aziende. Si possono però intraprendere anche singole azioni mirate esclusivamente alla promozione dell'alimentazione corretta o dell'attività fisica.

4.3.1 Promozione dell'alimentazione corretta

Il tema dell'alimentazione corretta è classico quando si parla di WHP. Questo probabilmente perché la maggior parte della popolazione lavorativa consuma i suoi pasti in azienda e, di conseguenza, le abitudini nutrizionali sono influenzate in modo rilevante dall'ambiente lavorativo.

La promozione di una sana alimentazione da parte dei dipendenti è attuabile implementando, all'interno della gestione aziendale, azioni dirette alla modifica dell'organizzazione e delle scelte politiche dell'azienda, garantendo la disponibilità di alimenti salutarì sul posto di lavoro.

Le modalità possono essere varie e complementari e possono richiedere interventi semplici o più articolati quali, ad esempio:

- consumare frutta e verdura durante le riunioni,
- offrire alimenti sani attraverso i distributori automatici,
- predisporre menù con scelte alimentari sane nelle mense aziendali o nei punti di ristoro convenzionati,
- rifornimento di prodotti freschi dai produttori locali,
- disposizione di etichette chiare e accattivanti sui pasti prodotti/consumati in mensa o offerti dai distributori automatici,
- preparazione e distribuzione di materiale informativo (es. brochure, brevi guide in formato sia cartaceo sia elettronico) ai dipendenti per incoraggiarli a rivedere le abitudini alimentari scorrette o a raggiungere obiettivi minimi raccomandati (es. consumare 5 porzioni al giorno di frutta e verdura),
- riduzione dei prezzi degli alimenti a basso contenuto calorico disponibili nelle mense, nei punti di ristoro convenzionati e nei distributori automatici.

Di seguito riporto una tabella (Tabella 7) che illustra alcune tipologie di intervento dimostratesi efficaci nella promozione di una sana alimentazione sul luogo di lavoro. Gli interventi sono ordinati in base al costo di attuazione, distinto in basso (€), medio (€€) e alto (€€€), e al grado di complessità delle azioni necessarie, suddiviso in veloce e facile da realizzare (*), di complessità media (**) e di elevata complessità (***).

Tabella 7: Classificazione degli interventi per la promozione di un'alimentazione corretta in base ai costi e al grado di complessità delle azioni (DoRS, 2007) [22]

Azioni	Costo di attuazione	Grado di complessità delle azioni
Diffusione di materiale informativo	€	*
Consumo di frutta e verdura durante le riunioni	€	*
Gestione dei pasti in azienda	€	**
Offerta di cibi sani nei distributori automatici	€€	**

La preparazione e la diffusione di informazioni sull'importanza di un'alimentazione sana è un'intervento indispensabile per la buona riuscita di ogni intervento di WHP, poco costoso e semplice da attuare. La comunicazione di queste informazioni può avvenire attraverso numerosi canali: email, intranet, riunioni, locandine, ecc.

La proposta di frutta e verdura (es. freschi, frullati, centrifugati e succhi al 100% di frutta) durante gli incontri di lavoro è una modalità semplice per incentivare i dipendenti ad un maggiore consumo di questi alimenti. Potrebbe risultare utile un eventuale coinvolgimento iniziale di esperti nel settore della nutrizione che illustrino ai dipendenti i vantaggi per la salute derivanti dal consumo di cibi salutari.

Un intervento un po' più complesso da attuare ma comunque poco

dispendioso è la gestione dei pasti in azienda. Gli alimenti proposti dalle mense aziendali, o dai punti di ristoro collocati nei pressi dell'azienda, sono spesso ricchi di calorie e con un'alta percentuale di grassi. Per incoraggiare il consumo di sostanze nutrienti i datori di lavoro dovrebbero prevedere menu standard con un'ampia scelta di alimenti sani nelle mense aziendali ed accordi con i punti di ristoro esterni (es. bar, ristoranti, self service) per favorire la presenza di cibi salutari a prezzi contenuti. Nelle aziende con mense interne dovrebbe essere realizzato anche un corso di formazione, curato da operatori esperti di nutrizione, per il personale della mensa sulle modalità di preparazione di menù bilanciati (es. porzioni, calorie e contenuto di lipidi). Per una maggior efficacia del progetto, dovrebbero essere programmate anche delle azioni informative (es. diffusione di slogan e/o locandine) per sensibilizzare i dipendenti ad uno stile alimentare corretto (Figura 6). Del materiale informativo, per esempio, potrebbe essere affitto nelle mense e nei luoghi di ristoro esterni.

Figura 6: Esempio di locandina per la promozione di una sana alimentazione [VII]



Sicuramente più costosa, ma comunque molto efficace, è la predisposizione di distributori automatici che consentano scelte alimentari sane. Le bevande e gli alimenti proposti sono generalmente ad alto contenuto calorico, ricchi di zuccheri e di grassi saturi. Andrebbe favorita, invece, la presenza di cibi e bibite quali, ad esempio, frutta fresca lavata e confezionata, succhi di frutta al 100%, snack confezionati con basso contenuto calorico, yogurt e insalate. Anche in questo caso, l'affissione di materiale informativo che incoraggino il consumo di alimenti sani nei pressi dei distributori può favorire la sensibilizzazione dei lavoratori sul tema. Lo stesso compito possono svolgere etichettature accattivanti e informative sui prodotti in vendita.

4.3.2 Promozione dell'attività fisica

Un programma di promozione dell'attività fisica in azienda dovrebbe incoraggiare e sostenere i lavoratori nell'introdurre l'attività fisica nella loro routine quotidiana e creare un luogo di lavoro che riconosca il valore di uno stile di vita attivo come elemento essenziale del benessere personale e della collettività. Gli obiettivi di salute che il programma si propone dovrebbero essere l'aumento del numero di lavoratori che svolge attività fisica secondo i livelli raccomandati, la riduzione di quelli che adottano comportamenti sedentari (almeno durante la giornata lavorativa) e il tentativo di ridurre il BMI anche se, a oggi, sono poche le evidenze rispetto all'efficacia degli interventi di WHP su questo fattore [8].

La pratica regolare di attività motoria da parte dei dipendenti è realizzabile implementando azioni rivolte sia all'organizzazione che alle scelte politiche dell'azienda. Gli interventi proposti possono essere sia minimali che più complessi quali, ad esempio:

- l'uso delle scale,
- l'organizzazione di eventi sportivi aziendali o interaziendali,
- lo svolgimento di esercizi fisici durante le pause
- l'utilizzo di contapassi¹⁰ nel tragitto casa-lavoro per incentivare l'uso quotidiano di “mezzi di trasporto attivo”,
- le convenzioni con palestre e/o piscine, offrendo ai dipendenti la possibilità di beneficiare di una riduzione del prezzo di ingresso ad impianti sportivi limitrofi al posto di lavoro o nelle vicinanze della propria abitazione,
- la disposizione di una palestra all'interno dell'azienda,

¹⁰ Il contapassi è uno strumento di costo contenuto (in commercio ne esistono di prezzi variabile da 5 a 30 €) che rileva le oscillazioni del corpo e permette, con buona approssimazione, la misurazione dei metri percorsi e delle calorie consumate in una giornata.

- la possibilità di usufruire di brevi pause (es. 10 minuti) per svolgere esercizio fisico nei pressi della propria postazione di lavoro, con la coordinazione di personale competente o di colleghi formati,
- la possibilità di partecipare a seminari di informazione su un corretto stile di vita presso strutture dedicate, concedendo i giorni liberi necessari,
- la presenza di equipe multidisciplinari composte da medici, fisioterapisti e responsabili delle risorse umane, che forniscono informazioni e sostegno per aumentare l'attività motoria giornaliera.

Le iniziative, perciò, non dovrebbero essere mirate a promuovere l'attività fisica soltanto sul luogo di lavoro, ma anche nel tragitto casa-lavoro-casa e nel tempo libero.

I lavoratori più sedentari potrebbero manifestare resistenze ad aderire alle varie iniziative poiché si percepiscono “poco agili”. È consigliato, perciò, attuare uno screening di salute iniziale per individuare i soggetti meno attivi e proporre loro un percorso di counseling motivazionale.

Di seguito riporto una tabella (Tabella 8) che illustra alcune tipologie di intervento dimostrate efficaci nella promozione dell'attività motoria sul luogo di lavoro. Gli interventi sono ordinati in base al costo di attuazione e riportano anche il grado di efficacia, la complessità delle azioni necessarie e la tipologia di intervento prevalente. In particolare: il costo di attuazione viene distinto in basso (€), medio (€€), alto (€€€) e molto alto (€€€€). Il grado di efficacia viene suddiviso in promettente, quando i risultati positivi derivano da pochi studi rigorosi e sono stati osservati e valutati solo nel breve periodo (+), moderato, quando i risultati derivano da un consistente numero di studi rigorosi e sono stati osservati e valutati solo nel breve periodo (++) e raccomandato, quando i risultati derivano da un vasto numero di studi rigorosi

e sono stati valutati anche nel lungo periodo (+++). Il grado di complessità delle azioni, invece, viene suddiviso in veloce e facile da realizzare (*), di complessità media (**) e di elevata complessità (***). Infine, la tipologia prevalente dell'intervento viene distinta in attività rivolte alla modifica delle politiche aziendali, all'adeguamento dell'ambiente lavorativo o all'aumento della consapevolezza e all'apprendimento di comportamenti salutari da parte dell'individuo o del gruppo.

Tabella 8: Classificazione degli interventi per la promozione dell'attività fisica in base a differenti fattori (DoRS, 2007 e 2013) [8, 22]

Azioni	Costo di attuazione	Grado di complessità delle azioni	Efficacia	Tipologia prevalente dell'intervento		
				Individuo - gruppo	Ambiente lavorativo	Policy
Diffusione di materiale informativo	€	*	+	■		
Promozione dell' esercizio fisico durante le pause	€	**	++			■
Promozione dell'uso delle scale	€	*	++		■	
Organizzazione di eventi sportivi	€	*	/			■
Promozione dell'uso del contapassi	€€	**	+	■		
Convenzioni con palestre/piscine	€€	*	+			■
Rendere disponibili, nell'azienda, docce, spogliatoi e parcheggi per le biciclette	€€€	**	+		■	
Allestimento di una palestra all'interno dell'azienda	€€€	**	+		■	

La distribuzione e l'affissione di materiale informativo sui benefici di uno stile di vita attivo ha l'obiettivo di scoraggiare i comportamenti che comportano un basso dispendio energetico nelle attività quotidiane (es. utilizzo dell'ascensore o dell'automobile). Si tratta di un intervento poco dispendioso sia in termini di spesa sia in termini di ore lavorative impiegate e che si è dimostrato efficace [8, 22]. Esiste una grande varietà di materiale informativo, da semplici volantini con immagini chiare e dirette (Figura 7) a complessi opuscoli che riportano i benefici derivanti dall'attività fisica. Questo tipo di intervento, inoltre, può essere utilizzato anche per far conoscere le iniziative di promozione dell'attività fisica promosse in azienda e sul territorio.

Figura 7: Esempio di locandina per la promozione dell'attività fisica [VII]



La letteratura indica come efficace, poco dispendiosa e di facile attuazione l'incentivazione all'uso delle scale sul luogo di lavoro [4, 8, 22]. Per incoraggiare il loro utilizzo i datori di lavoro potrebbero prevedere interventi di miglioramento ambientale (es. tinteggiatura del vano scale, affissione di foto e quadri alle pareti, diffusione di musica), rendendo così più piacevole il percorso a piedi, disincentivando al contempo l'uso di mezzi meccanici di sollevamento (es. ascensore, scale mobili). Può essere prevista anche l'affissione in punti strategici (es. vicino ad ascensori, ai locali della mensa, alle bacheche informative o ai distributori automatici) di poster e volantini che promuovano l'uso delle scale, spiegandone i vantaggi per la salute, e sensibilizzino al controllo del proprio peso corporeo.

Un altro intervento efficace e di semplice attuazione è l'organizzazione di manifestazioni sportive per incentivare i dipendenti e le loro famiglie a svolgere attività motoria. Le attività proposte possono essere di varia natura, per esempio, fit-walking, corse campestri e cittadine, uscite di gruppi in bicicletta. Per l'attuazione di queste iniziative è sufficiente diffondere la notizia ai dipendenti attraverso materiale informativo cartaceo e/o elettronico ed, eventualmente, fornire biciclette e/o abbigliamento sportivo. Possono essere inoltre organizzati tornei aziendali di vari sport, preceduti da un piano di allenamento adeguato.

Un ulteriore intervento di facile attuazione e non eccessivamente dispendioso, per incrementare l'attività motoria, consiste nello svolgere semplici esercizi fisici (es. stretching, mobilitazioni) sul luogo di lavoro nei momenti di pausa. Non è necessario predisporre un luogo dedicato, in quanto questi esercizi possono essere eseguiti anche presso la postazione di lavoro. L'intervento può prevedere la collaborazione di un esperto di fitness che proponga ai dipendenti gli esercizi corretti da svolgere, coinvolto solo per un periodo iniziale di addestramento, seguito poi dallo svolgimento di esercizi senza una

guida, o per tutto il periodo di allenamento. Anche la distribuzione di opuscoli che illustrino gli esercizi più adatti allo svolgimento in spazi ristretti potrebbero essere utili. Il programma potrebbe inoltre prevedere momenti formativi/informativi coordinati da operatori sanitari sui vantaggi per la salute derivanti dallo svolgimento dell'attività motoria finalizzati alla sensibilizzazione dei dipendenti sull'argomento.

Il monitoraggio quotidiano dell'attività motoria attraverso l'uso di un contapassi è un intervento che richiede poco impegno e costi contenuti e, secondo quanto indicato in letteratura, si rivela efficace nell'incrementare l'attività fisica quotidiana [4, 8, 22]. Potrebbe essere utile associarvi la somministrazione di questionari pre-test e post-test per misurare i livelli di cambiamento nell'attività motoria.

L'aumento dei livelli di attività motoria quotidiana può essere favorito anche fornendo ai dipendenti la possibilità di accedere, durante la settimana lavorativa, a palestre o piscine situate nelle vicinanze dell'azienda, attraverso convenzioni a carico del datore di lavoro. Questo intervento risulta efficace quando è accompagnato da azioni di tipo informativo sui vantaggi per la salute derivanti dall'attività motoria e sulla disponibilità di convenzioni con le strutture sportive [22].

Un intervento più complesso e dispendioso prevede l'allestimento, da parte dell'azienda, di palestre attrezzate ed eventualmente dotate di personale tecnico, fruibili in modo gratuito nelle pause o dopo l'orario di lavoro senza necessità di spostamenti. Oltre allo spazio dedicato all'attività motoria, ovviamente, sono da prevedere spazi dedicati agli spogliatoi e alle docce. Anche in questo caso va prevista la diffusione di materiale cartaceo ed elettronico per la pubblicizzazione dell'iniziativa.

Il massimo dell'efficacia si ottiene attraverso interventi che prevedono interventi di counselling (con rapporto 1:1 con il dipendente) associati ad

un'organizzazione aziendale che consente la pratica di attività motoria direttamente nel luogo di lavoro. Deve essere perciò considerato l'intervento diretto di operatori opportunamente formati o di personale esperto in consulenza esterna. I dati di letteratura evidenziano, inoltre, come maggiormente efficaci gli interventi che associano la pratica diretta di esercizio fisico con la valutazione dei parametri positivamente influenzati dalla pratica motoria (es. peso, pressione sanguigna, ematochimici, massimo consumo di ossigeno, flessibilità) prima e dopo l'inizio del programma.

5 Discussioni e conclusione

La WHP è una moderna strategia aziendale che mira a prevenire l'insorgenza di malattie sul posto di lavoro, a rinforzare i potenziali di salute e migliorare il benessere lavorativo.

Questi interventi possono produrre effetti positivi non solo sulla salute dei lavoratori, ma anche sull'azienda, con miglioramenti sul piano sia sociale che economico: migliorano gli indici di produttività e la produzione, si riducono le assenze per malattie, il ricambio di personale, gli infortuni e i costi associati, si favoriscono la socializzazione e l'aggregazione, la fidelizzazione e la soddisfazione dei dipendenti. Proprio per questo motivo, in un momento di crisi economica e di carenza di risorse, si è assistito anche nel nostro paese ad una crescente attenzione in questo settore. Attraverso gli interventi di WHP è infatti possibile valorizzare una delle maggiori voci di guadagno e di costo aziendale: il capitale umano. Inoltre, il beneficio derivante da questi programmi ha notevoli ricadute positive anche a livello sociale. Difatti, agire sulla popolazione adulta, sul miglioramento del suo stile di vita e del suo livello di salute, vuol dire anche avere una futura popolazione anziana in condizioni di maggior benessere psico-fisico, elemento molto importante se si considera che, nei paesi economicamente sviluppati, la vita media si sta allungando e la percentuale di individui anziani sta aumentando.

È fondamentale evidenziare però che non ha senso attuare un programma di WHP senza offrire, allo stesso tempo, un ambiente lavorativo sano e sicuro. La PdS sul luogo di lavoro, infatti, si basa su una cultura della salute che richiede innanzitutto una gestione adeguata dei rischi professionali per essere efficace.

L'intervento di promozione della salute, non essendo obbligatorio per legge, deve necessariamente prevedere un pieno accordo tra le parti che

intervengono per realizzarlo. In particolare, si tratta di ottenere il pieno coinvolgimento sia dei lavoratori, oggetto dell'intervento, sia della direzione aziendale, che deve creare le condizioni pratiche per lo svolgimento dell'intervento. Ciò può avvenire soltanto quando l'iniziativa di promozione della salute è accettata e fatta propria da tutti i protagonisti aziendali. Se l'azione viene accettata, ma vista come esterna, da parte tanto del management aziendale quanto dei lavoratori stessi, gli interventi risulteranno scarsamente efficaci.

Per eliminare gli ostacoli che si oppongono ad una buona riuscita delle attività di WHP, è perciò necessario favorire il coinvolgimento attivo sia del datore di lavoro che dei lavoratori.

Per promuovere la partecipazione dei lavoratori alle iniziative è fondamentale coinvolgerli in tutte le fasi di svolgimento del progetto e tener conto delle loro esigenze ed opinioni su come organizzare l'attività e il luogo di lavoro.

Più complesso risulta invece il coinvolgimento dei datori di lavoro. Come sottolineato nella prima parte di questa tesi, diversi fattori ostacolano la diffusione delle iniziative di WHP nel nostro paese. Questi fattori sono sia di tipo culturale (ostilità preconcetta dei datori di lavoro ad entrare in ambiti riguardanti la sfera privata dei dipendenti e giudizio negativo nei confronti delle iniziative che vengono considerate solo come un costo e non come un investimento), sia di tipo organizzativo (complessità degli interventi e prevalenza di aziende medio-piccole non in grado di adottare lo stile di management necessario per il sostegno dell'intervento) che di tipo economico (presenza nel nostro paese di sistemi di assicurazione sociale a carattere pubblico). Per superare questi ostacoli e consentire la diffusione degli interventi di WHP, perciò, risulta necessario un intervento di sostegno a favore delle aziende. Alcune proposte potrebbero riguardare i seguenti aspetti:

- sgravi fiscali;

- attribuzione di punteggi favorevoli nelle gare pubbliche d'appalto;
- creazione di una certificazione per le "aziende sane";
- creazione di una banca dati dei casi di eccellenza di promozione della salute in azienda.

Il dirigente svolge un ruolo molto importante nella progettazione ed implementazione delle iniziative di PdS nei luoghi di lavoro. Difatti, il coinvolgimento attivo della dirigenza è uno dei fattori principali alla base del successo di un programma di WHP. L'interesse dimostrato dai dirigenti per la salute dei sottoposti e la loro partecipazione attiva e propositiva in tutte le fasi del progetto favoriscono infatti l'adesione dei lavoratori alle attività proposte e l'instaurazione di un clima sereno in azienda. Per contribuire alla buona riuscita del progetto di WHP il dirigente dovrebbe:

- favorire l'adozione di una politica aziendale a sostegno di stili di vita sani;
- integrare le misure per la promozione della salute all'interno delle strutture e dei processi aziendali esistenti;
- comprendere i punti di forza e di debolezza dei lavoratori, favorendo la proposizione di progetti idonei alla specifica popolazione lavorativa;
- spingere e incoraggiare i lavoratori ad adottare comportamenti salubri;
- sostenere il personale, creando una buona atmosfera lavorativa;
- fungere da modello di stile di vita sano;

Per consentire al dirigente di svolgere a pieno il suo ruolo di "promotore della salute" è necessario però che esso stesso sia informato e formato in materia di salute (es. principali fattori di rischio modificabili e loro effetti nocivi sullo stato di salute, interazione tra fattori di rischio lavorativi ed extralavorativi). Altrettanto importante per questa figura sarebbe ricevere una

formazione specifica sulle competenze comunicative necessarie. Come già sottolineato nei capitoli precedenti di questa tesi, la comunicazione è difatti un elemento chiave in ogni fase del progetto di PdS: permette di trasmettere informazioni, creare consensi, instaurare buoni rapporti e svolgere numerose funzioni ancora. Frequentemente, però, queste competenze mancano di una vera e propria formazione e vengono lasciate al buon senso e alle caratteristiche attitudinali del singolo dirigente, spesso non sufficienti a promuovere la salute dei sottoposti in modo ottimale. Sarebbe perciò auspicabile, al fine di consentire la massima efficacia dei programmi di WHP, la diffusione di una formazione idonea della classe dirigente.

La letteratura esaminata sottolinea l'efficacia degli interventi di WHP nel migliorare lo stato di salute dei lavoratori e la produttività delle aziende. Tuttavia è necessario svolgere alcune considerazioni sui problemi e le difficoltà che si incontrano nel costruire interventi di promozione della salute, in particolare nei luoghi di lavoro.

Per prima cosa va evidenziato che la maggior parte degli studi sono stati condotti su luoghi di lavoro con popolazione stabile, che con il passare del tempo stanno diventando sempre meno comuni. Aumentano infatti i contratti a breve termine e part-time, le collaborazioni a progetto e le prestazioni libero professionali. Inoltre, sono sempre più i *mobile worker* (“lavoratori mobili”), ovvero lavoratori che trascorrono la maggior parte del loro tempo fuori dall'ufficio (es. settori dell'ingegneria edile e dei trasporti). Vengono a mancare perciò due condizioni alla base della scelta del luogo di lavoro come setting ideale per lo svolgimento di programmi di promozione della salute: la presenza dei dipendenti per la maggior parte della loro giornata sul luogo di lavoro, che consente di promuovere la modifica dei comportamenti nocivi attraverso azioni pervasive, e la presenza di popolazioni stabili che

permettono lo svolgimento di interventi ripetuti e follow-up nel tempo. Si rende perciò necessario verificare l'efficacia degli interventi in seguito a queste modificazioni e, nel caso, ricercare modalità d'azione più idonee.

La maggior parte degli studi disponibili, inoltre, sono stati svolti a livello internazionale e, di conseguenza, le evidenze riscontrate devono essere verificate anche nel nostro paese. Difatti, l'efficacia degli interventi di WHP è fortemente influenzata dalla cultura e dall'organizzazione della società. Complessivamente, però, si può dire che il corpus di conoscenze sull'efficacia degli interventi per la promozione della salute nei luoghi di lavoro è tale da giustificare e raccomandare anche nel nostro paese l'adozione di strategie per interventi in questo campo. Tuttavia occorre sottolineare la necessità di procedere a misurare l'efficacia *hic et nunc* (qui ed ora) di strategie che hanno avuto successo in altri contesti socioculturali. Proprio per questo dovrebbero svilupparsi maggiormente anche in Italia studi di valutazione dell'efficacia degli interventi di WHP. In particolare, sia nel nostro paese che all'estero, sono ancora scarsi gli studi che valutano l'efficacia relativa dei diversi approcci utilizzati negli ambienti di lavoro per la riduzione dei problemi alcol-correlati, pur essendo una problematica molto diffusa in tutto il mondo. È necessario perciò procedere anche in un approfondimento in questo campo attraverso lo svolgimento di studi mirati.

Bibliografia

1. OMS, Health Promotion Glossary, 1998;
2. Engel G. L, The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, Science, 1977, 196(4286), pag.129-136;
3. OMS, Carta di Ottawa per la promozione della salute, 1986;
4. Baccolo T, Baldasseroni A, Dell'Omo M, Ferrario M, Franco G, Giacchi M. et al, Technical Assessment - Promozione della salute nei luoghi di lavoro, Nuova Editrice Berti, 2011, Piacenza;
5. OMS, Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks, 2009;
6. OMS, Dichiarazione di Jakarta sulla promozione della salute, 1997;
7. ENWHP, Dichiarazione di Lussemburgo, 2007;
8. DoRS, Esperienze e strumenti per la promozione dell'attività fisica nei luoghi di lavoro, 2013;
9. Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia, Allegato al Decreto 11861/12, 2012;
10. Aldana S. G, Financial Impact of Health Promotion Programs: A Comprehensive Review of the Literature. American Journal of Health Promotion, 2001, 15(5) pag. 296-320;
11. Kahan B, Goodstadt M, Best Practices in Health Promotion: The Interactive Domain Model (IDM), Health Promot Pract, 2001, 2(1), pag. 43-67;
12. ENWHP, Move Europe: Business Report, 2009;
13. World Economic Forum, Working Towards Wellness: Accelerating the Prevention of Chronic Disease, 2007;
14. OMS, Global Status Report on Noncommunicable Diseases, 2010
15. OMS, Gaining Health: The European Strategy for the Prevention and

- Control of Noncommunicable Diseases, 2006;
16. Ministero della Salute, Guadagnare salute: Rendere facili le scelte salutari, 2006;
 17. Regione Veneto, Regione Piemonte, Min. Salute, CCM, Verso un'azienda libera dal fumo, 2007;
 18. NIOSH, Work, Smoking, and Health: a NIOSH Scientific Workshop, 2002;
 19. OMS, Alcohol in the European Union: Consumption, Harm and Policy Approaches, 2012
 20. Dawson J, Rodriguez-Jareño M. C, Segura L, e Colom J, Progetto Europeo Alcol nei Luoghi di lavoro. Manuale Pratico per l'impostazione di interventi in tema di alcol nei luoghi di lavoro, Dipartimento della Salute del Governo della Catalonia: Barcellona, 2013;
 21. OMS, The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response, 2007;
 22. DoRS, Promozione della salute nei luoghi di lavoro: alimentazione e attività motoria prove di efficacia e buone pratiche, 2007;
 23. Wilkinson R, Marmot M. (a cura di), I determinanti sociali della salute. I fatti concreti. Supplemento al numero 17 di "Punto Omega" - Quadrimestrale del Servizio sanitario del Trentino, 2006;
 24. OMS, Global Recommendations on Physical Activity for Health: 18-64 Years Old, 2011;
 25. Perbellini L, L'attività lavorativa come fattore di rischio per l'obesità... e il contrario", Med Lav, 2004, 95(3), pag. 211-22;
 26. OMS, WHO Healthy Workplace Framework: Background and Supporting Literature and Practices, 2010;
 27. ENWHP, La Dichiarazione di Lisbona: Nuove strategie per il

- miglioramento della salute nelle Piccole e Medie Imprese, 2001;
28. Cahill K, Lancaster T, Workplace Interventions for Smoking Cessation, Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD003440. DOI: 10.1002/14651858.CD003440.pub4;
29. Sockoll I, Kramer I, Boedeker W, Effectiveness and Economic Benefits of Workplace Health Promotion and Prevention. Summary of the Scientific Evidence 2000-2006, IGA-Report 13e, 2009;
30. OMS, Strategies to Reduce the Harmful Use of Alcohol: Draft Global Strategy, 2010;
31. Roman P. M, Blum T. C, The Workplace and Alcohol Problem Prevention, Alcohol Res Health, 2002, 26(1), pag. 49-57.

Sitografia

- I. DOXA-ISS, fumatori in Italia 2014.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2173_allegato.pdf;
- II. INAIL, Gestione del fumo di tabacco in azienda.
<http://www.ispesl.it/tabagismo/datore2.asp>;
- III. Sorveglianza PASSI, sovrappeso e obesità (2013).
<http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso.asp>;
- IV. Sorveglianza PASSI, attività fisica (2013).
<http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/attivita.asp>;
- V. NICE, Workplace Interventions to Promote Smoking Cessation.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ph5>;
- VI. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo.
<http://www.iss.it/binary/ofad/cont/lgd.1105961067.pdf>;
- VII. Rete WHP Lombardia, la piramide alimentare.
http://retewhplombardiadotorg.files.wordpress.com/2013/09/1c_alime

[ntazione.pdf](#);

VIII. California Department of Health Services, The California 5 a Day Campaign.

<http://www.cdph.ca.gov/programs/cpns/Documents/Network-FV-WP-BeActiveBro.pdf>.